

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” ВАРНА

КАТЕДРА НЕРВНИ БОЛЕСТИ И НЕВРОНАУКИ
ПЪРВА МНОГОПРОФИЛНА КЛИНИКА ПО НЕРВНИ БОЛЕСТИ

д-р Калина Венелинова Дренска

МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА И КОМОРБИДНОСТ –
ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност: 03.01.19 Неврология

Научни ръководители:

Доц. д-р Александра Живкова Цукева-Сантева, д.м.

Доц. д-р Иван Николов Димитров, д.м.

Варна
2016

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” ВАРНА
КАТЕДРА НЕРВНИ БОЛЕСТИ И НЕВРОНАУКИ
ПЪРВА МНОГОПРОФИЛНА КЛИНИКА ПО НЕРВНИ БОЛЕСТИ

д-р Калина Венелинова Дренска

МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА И КОМОРБИДНОСТ –
ВЛИЯНИЕ ВЪРХУ КАЧЕСТВОТО НА ЖИВОТ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „доктор“

Научна специалност: 03.01.19 Неврология

Официални резензенти:

Проф. д-р Димитър Богданов Масларов, д.м.н.
Проф. д-р Ара Гарабед Капрелян, д.м.

Научни ръководители:

Доц. д-р Александра Живкова Цукева-Сантева, д.м.
Доц. д-р Иван Николов Димитров, д.м.

Варна
2016

Дисертационният труд съдържа общо 202 страници, онагледен е с 102 фигури, 51 таблици и 3 приложения. Книгописът включва 303 заглавия, от които 22 на кирилица и 281 на латиница.

Проучванията са осъществени в Първа многопрофилна клиника по нервни болести при Катедрата по нервни болести и невронауки на Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна.

Докторантът работи в Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна, като асистент към катедра „Нервни болести и невронауки“ и невролог-асистент към Първа многопрофилна клиника по нервни болести на УМБАЛ „Света Марина“-Варна.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита от Катедрения съвет на Катедрата по нервни болести и невронауки при МУ-Варна, протокол №3/21.03.2016 г.

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 20.05.2016г. от 10⁰⁰ часа в.....

Материалите по защитата са публикувани на интернет- страницата на Медицинския университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“-Варна на адрес: www.mu-varna.bg

Съдържание

1. Увод	5
2. Цел и задачи	6
3. Материал и методи.....	7
4. Собствени резултати	8
5. Обсъждане	51
5. 1. Коморбидност при болните с МС	51
5.2. Качество на живот при болните с МС.....	58
6. Изводи.....	71
7. Приноси	72
8. Заключение	72
9. Списък на публикациите свързани с дисертационния труд	73

Използвани съкращения

MC	Множествена склероза
EDSS	Expanded Disability Status Scale, скала за оценка на инвалидността при болни с множествена склероза
MSQoL-54	Multiple Sclerosis Quality of Life-54, въпросник за качество на живот
PDQ	Perceived Deficits Questionnaire, Въпросник за възприетия дефицит
TNF-α	Тумор-некротизиращ фактор алфа

1. Увод

Множествената склероза (МС) е възпалително демиелинизиращо и дегенеративно заболяване на централната нервна система с автоимунна патогенеза, което води до когнитивна и физическа инвалидизация, влошено индивидуално качество и скъсена продължителност на живот на болните в младата и най-творческа възраст. Налице е генетично предразположение, което, в съчетание с различни фактори на околната среда, причинява каскада от имунни отговори и нарушаване на кръвно-мозъчната бариера. Преди години заболяването беше известно и с други две наименования – „дисеминирана склероза“ и „разсеяна склероза“. През последните десетилетия разнообразната симптоматика на заболяването все по-често се свързва с разнообразни съпътстващи заболявания, някои от които се дължат на обща ембрионална и автоимунна характеристика, а други настъпват в резултат на съвременното лечение на болните с МС. Както МС сама по себе си, така и тези придружаващи заболявания на различни органи и системи в организма, са свързани с прогресивно влошаване на индивидуалното качество на живот на болните.

Научно-изследователската дейност в световен мащаб и у нас е насочена както към детайлното проучване на етиопатогенезата, диагностиката и лечението на МС и свързаните с нея заболявания, така и към идентифицирането на ролята на коморбидността за комплексното лечение, прогнозата и качеството на живот на тези болни. Откроява се значението както на някои крупни научни центрове, специализирани по интердисциплинарната проблематика на МС, така и все по-голямото разширяване на географското разпространение на институциите на изследователите и засилващото се международно сътрудничество.

Системният анализ на новопубликуваната чуждестранна и българска литература показва, че неблагоприятното влияние на разнообразната придружаваща заболяемост при болните с МС върху степента на

инвалидизация и конкретните показатели на индивидуалното качество на живот не е проучено с достатъчна комплексност и изчерпателност.

Това ни дава основание да проведем настоящото многопланово изследване при болни с МС и придружаващи соматични и психични заболявания и да се опитае да дадем отговор на някои от нерешените въпроси в рамките на този социално-значим проблемен кръг.

2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Цел

Да се проучи коморбидността и влиянието му върху качеството на живот при хоспитализирани болни с МС в Първа многопрофилна неврологична клиника на УМБАЛ “Св. Марина“-Варна за периода от 2002 г. до 2015 г.

Задачи

1. Да се проучи честотата на коморбидността според групи заболявания по системи при изследваните болни с МС.
2. Да се проучи асоциацията на коморбидността при изследваните болни с МС спрямо възрастта и пола, нивото на тежестта на МС (EDSS), началото и клиничното протичане на основното заболяване.
3. Да се проучи разпределението на пациентите по групи придружаващи заболявания според проявата им спрямо началото на МС.
4. Да се направи оценка на влиянието на коморбидността при МС върху индивидуалното качество на живот на болните.
5. Да се проведе статистическа обработка на получените данни.

3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Материал

За изпълнение на поставените задачи са проучени общо 335 пациенти, от които 118 са с МС без придружаващи заболявания, а 217 са с коморбидност (35% мъже и 65% жени), на средна възраст от 49 г. (между 21 и 73 г).

Обхванати са стационарни пациенти на Първа многопрофилна неврологична клиника на УМБАЛ “Св. Марина” – Варна, от района на Североизточна България, за периода от 2002 г. до 2015 г.

Методи

Клинично изследване

1. Събиране на пълни анамнестични данни, при възможност и от близки и наличната медицинска документация за основното заболяване и придружаващите заболявания (документирани и/или новооткрити).

2. Снемане на соматичен и неврологичен статус

3. Прилагане на оценъчни скали

3.1. EDSS

3.2. Скали за оценка на качеството на живот при хоспитализираните болни с МС и МС и коморбидност.

3.2.1. MSQoL-54

3.2.2. SF-36

4. Апаратно изследване – магнитно-резонансна томография (МРТ) на глава и шия

5. Методи за медико-статистическа обработка на данните.

5.1. Дескриптивна статистика

5.2. Тест на Левин

5.3. Т-тест за независими извадки

5.4. Корелационен анализ

5.5. Хи-квадрат на Пиърсън (Chi-square)

4. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ

Получените от нас резултати са систематизирани в таблици и илюстрирани с фигури.

4.1. Коморбидност при болните с МС

Нашите резултати показват, че придружаващите заболявания са сравнително чести при болните с МС. Болните с едно или повече придружаващи заболявания преобладават сред целия контингент от болни с МС през анализирания от нас период – общо 217 (76 мъже и 141 жени) (64,78% от случаите). Касае се за внушителен брой от общо 463 случая на различни болестни единици, разпределени в общо 19 групи заболявания. При мъжете се диагностицират общо 146 придружаващи заболявания, а при жените – общо 313 заболявания. Най-често се срещат другите неврологични заболявания – с кумулативна честота от 135 индивидуални случая, следвани от сърдечно-съдовите заболявания – с 81 случая, стомашно-чревните заболявания – с 32 случая, ендокринните заболявания – с 27 случая, ревматичните заболявания – с 24 случая и ортопедичните заболявания – с 22 случая. Разпределението на пациентите по групи придружаващи заболявания и пол според проявата им спрямо началото на МС е представена на таблица 1. Общият брой на пациентите в таблицата надвишава общия брой на изследваните пациенти, тъй като някои от тях са с повече от едно придружаващо заболяване.

Група заболявания/Начало спрямо МС	Мъже		Жени	
	Преди МС	След МС	Преди МС	След МС
А. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	1	1	2
Б. БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	3	5	1
В. СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	20	11	25	24
Г. СТОМАШНО-ЧРЕВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	4	13	10
Д. ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	2	2	6
Е. ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	4	12	10
Ж. БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	2	4	8
З. УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	1	0	0
И. АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	0	12	7
Й. ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	2	7	0

Група заболявания/Начало спрямо МС	Мъже		Жени	
	Преди МС	След МС	Преди МС	След МС
К. РЕВМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	3	1	8	11
Л. ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	3	9	8
М. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	1	5	5
Н. СТОМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	0	0	1
О. УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ-	1	3	1	3
П. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	1	2	0
Р. ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	2	1	4
С. ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	4	5	10
Т. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	20	24	38	53
Общ брой	77	69	150	163

Таблица 1. Разпределение на пациентите по групи придружаващи заболявания и пол според проявата им спрямо началото на МС

Придружаващите заболявания се появяват преди МС при мъжете в 52,74%, а при жените – в 47,92% от случаите. Появяват се след МС при мъжете в 47,26%, а при жените – в 52,07% от случаите (Фигури 1, 2).



Фигура 1. Процентно съотношение на мъже с придружаващо заболяване, възникнало преди и след МС



Фигура 2. Процентно съотношение на жени с придружаващо заболяване, възникнало преди и след МС

Разпределението на най-честите групи придружаващи заболявания при болните мъже и жени с МС е представено на таблица 2. Общият брой на пациентите в таблицата надвишава общия брой на изследваните пациенти, тъй като някои от тях са с повече от едно придружаващо заболяване.

№	Групи заболявания	Мъже (брой=146)		Жени (брой=313)		Общо (брой=459)	
		Брой	%	Брой	%	Брой	%
1.	Неврологични	44	30,14	91	29,07	135	29,16
2.	Сърдечно-Съдови	31	21,23	49	15,65	80	17,28
3.	Стомашно-Чревни	9	6,16	23	7,35	32	6,91
4.	Ендокринологични	5	3,43	22	7,03	27	5,83
5.	Чернодробни	6	4,11	8	2,56	14	3,02

Таблица 2. Разпределение на най-честите групи придружаващи заболявания при болните МС по пол

Индивидуалното качество на живот е анализирано изчерпателно с помощта на два въпросника – MSQoL-54 и SF-36 – при общо 80 от нашите болни, 56 жени и 24 мъже. При 40 болни се касае само за МС, а при други 40

болни – за МС и едно или повече придружаващи заболявания. Тези болни са подбрани на базата на сходството в оценките на EDSS. Разпределението на тази извадка от цялата съвкупност е систематизирано на таблица 3.

Групи заболявания	Мъже		Жени		Общо Болни	
	Болни	Забол.	Болни	Забол.	Болни	Забол.
неврологични	3	3	15	8	18	9
сърдечно-съдови	5	1	7	3	12	3
ортопедични	1	1	3	3	4	4
кожни	1	2	1	1	3	4
стомашно-чревни	1	1	3	3	4	3
чернодробни	1	1	3	3	4	3
ендокринни	1	1	3	2	4	3
акушеро-гинекологични	-	-	2	3	2	3
белодробни	2	2	1	1	3	3
оториноларингологични	1	1	1	1	2	2
хирургични	1	1	1	1	2	2
очни	1	2	-	-	1	2
инфекциозни	1	2	-	-	1	2
бъбречни	1	1	1	1	2	1
хематологични	1	1	-	-	1	1
психични	-	-	1	1	1	1
ревматични	-	-	1	1	1	1

Таблица 3. Разпределение на болните с МС, при които е изследвано качеството на живот, по пол и според броя на придружаващите заболявания (n=47)

Разпределението на придружаващите заболявания при тази извадка от 40 болни с МС и придружаващи заболявания откроява преимуществото на другите

неврологични заболявания (при 18 болни или при 45% от случаите) и на сърдечно-съдовите заболявания (при 12 болни или при 30% от случаите).

На таблица 4 са представени тези заболявания, които се срещат най-често при 40-те болни с МС.

Заболявания	Мъже	Жени	Общо
Хипертонична болест	5	8	13
Шийна остеохондроза	1	5	6
Шийна радикулопатия	1	5	6
Гастроезофагеална рефлуксна болест	1	1	2
Хроничен пиелонефрит	1	1	2
Холецистит	0	2	2
Дифузна струма	0	2	2

Таблица 4. Най-чести придружаващи заболявания при болните с МС

Най-честите придружаващи заболявания при болните с МС са хипертоничната болест (при 13 болни или при 32,50% от случаите), шийната остеохондроза и радикулопатия (при по шест болни или при по 15% от случаите).

На таблица 5 е представен броят на болните мъже и жени с МС и повече от едно придружаващо заболяване.

Пол	2 заболявания	3 заболявания	7 заболявания	Общо болни
Мъже	1	2	0	3
Жени	9	5	1	15
Общо	10	7	1	18

Таблица 5. Разпределение на болните с МС и повече от едно придружаващо заболяване по пол

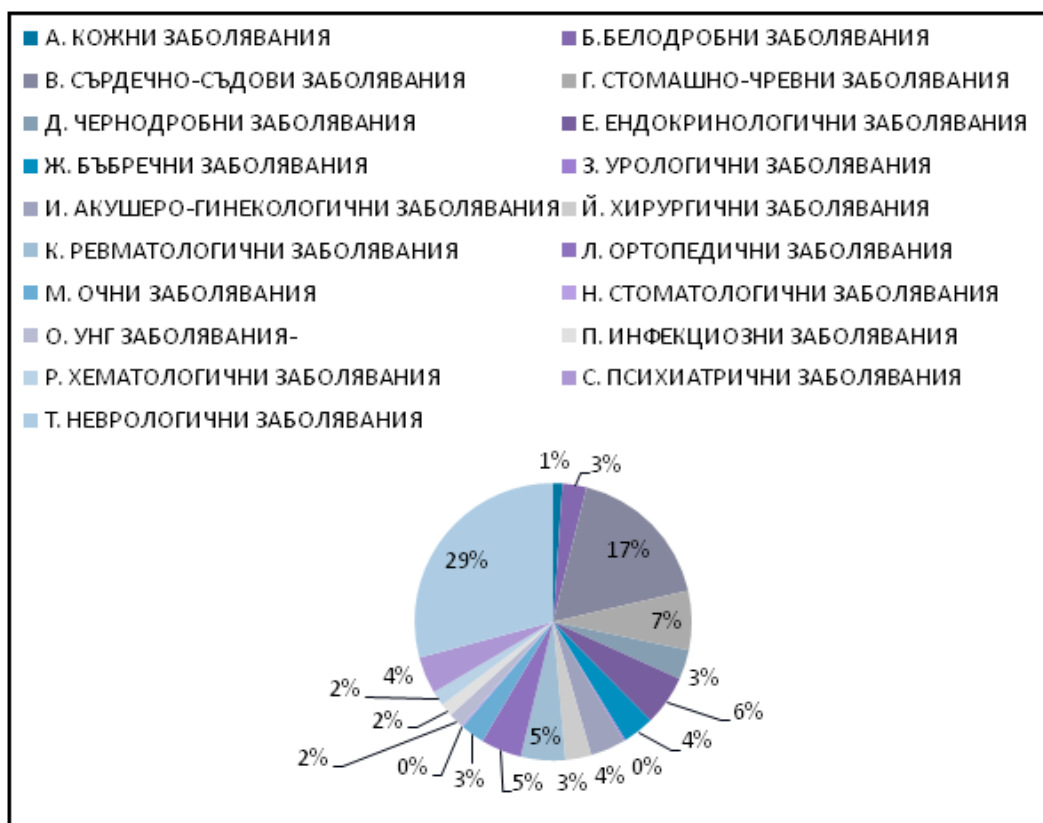
Общо 18 от тези 40 болни (45% от случаите) са с повече от едно придружаващо заболяване. Седемте придружаващи заболявания при една от болните с МС принадлежат към пет основни групи, а именно: по две неврологични и сърдечно съдови заболявания и по едно стомашно-чревно, ендокринно и ортопедично заболяване.

Резултати за честота на коморбидността според групи заболявания по системи при изследваните болни с МС са представени на таблица 6, а процентно разпределение на придружаващите заболявания по групи – на фигура 3. Най-често срещаните придружаващи заболявания са от групата на неврологичните, следвани от сърдечно-съдовите, гастро-интестиналните и ендокринологичните заболявания.

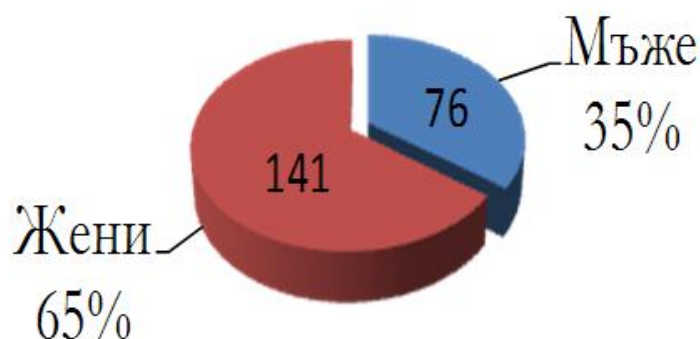
Придружаващо заболяване в групи заболявания	Брой пациенти	%
А. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	1.08
Б. БЕЛОДРОВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	13	2.81
В. СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	81	17.49
Г. СТОМАШНО-ЧРЕВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	32	6.91
Д. ЧЕРНОДРОВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	16	3.46
Е. ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	27	5.83
Ж. БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	17	3.67
З. УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0.22
И. АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	19	4.10
Й. ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	14	3.02
К. РЕВМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	24	5.18
Л. ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	22	4.75
М. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	13	2.81
Н. СТОМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0.22
О. УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ-	8	1.73
П. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	7	1.51
Р. ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	8	1.73
С. ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	20	4.32
Т. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	135	29.16
Общо	463	100

Таблица 6. Резултати за честота на коморбидността според групи заболявания по системи при изследваните болни с МС

Общият брой на пациентите в таблицата надвишава общия брой на изследваните пациенти, тъй като някои от тях са с повече от едно придружаващо заболяване.



Фигура 3. Процентно разпределение на придружаващите заболявания по групи



Фигура 4. Брой на изследваните пациенти с МС и придружаващи заболявания по пол

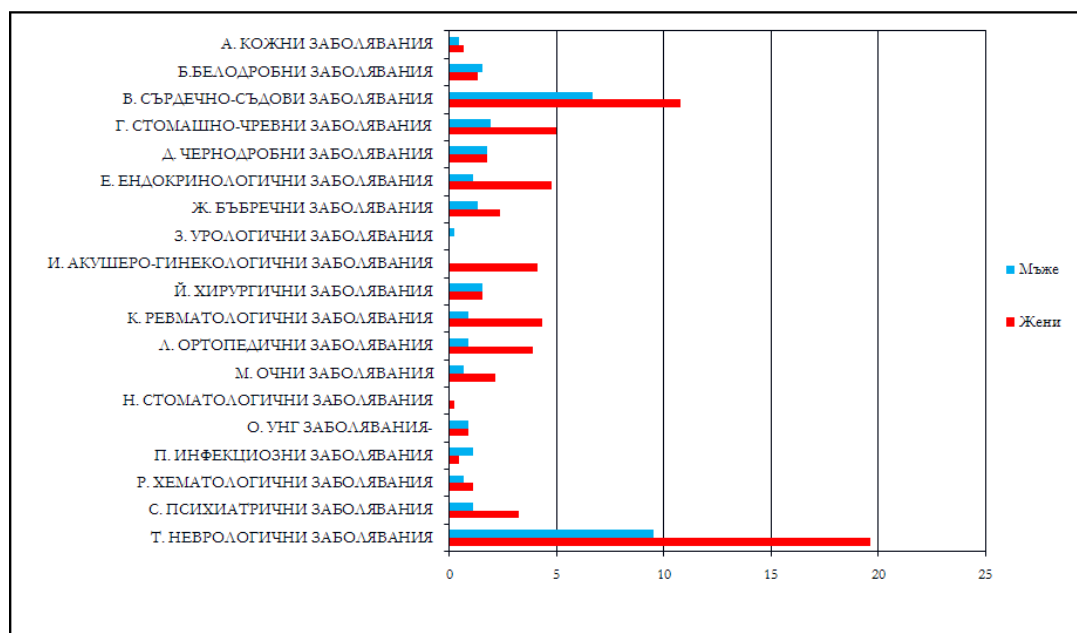
Групата изследвани пациенти с МС и коморбидност включва 141 жени и 76 мъже. Разпределението пациентите по пол и придружаващи заболявания е представено на таблица 7. Видно е, че и при двата пола най-чести са неврологичните заболявания – при 19,65% от жените и 9,50% от мъжете.

Придружаващо заболяване в групи заболявания	Жени	%	Мъже	%	Брой пациенти	%
А. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	3	0.65	2	0.43	5	1.08
Б. БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	6	1.30	7	1.51	13	2.81
В. СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	50	10.80	31	6.70	81	17.5
Г. СТОМАШНО-ЧРЕВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	23	4.97	9	1.94	32	6.91
Д. ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	8	1.73	8	1.73	16	3.46
Е. ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	22	4.75	5	1.08	27	5.83
Ж. БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	11	2.38	6	1.30	17	3.68
З. УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	0.00	1	0.22	1	0.22
И. АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	19	4.10	0	0.00	19	4.10
Й. ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	7	1.51	7	1.51	14	3.02
К. РЕВМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	20	4.32	4	0.86	24	5.18
Л. ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	18	3.89	4	0.86	22	4.75
М. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	10	2.16	3	0.65	13	2.81
Н. СТОМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0.22	0	0.00	1	0.22
О. УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	0.86	4	0.86	8	1.72
П. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	0.43	5	1.08	7	1.51
Р. ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	1.08	3	0.65	8	1.73
С. ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	15	3.24	5	1.08	20	4.32
Т. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	91	19.65	44	9.50	135	29.15
Общо	315	68.04	148	31.96	463	100

Таблица 7. Разпределение на брой изследвани пациенти с МС и групите придружаващи заболявания по пол

Общият брой на болните в таблицата надвишава общия брой на изследваните, тъй като някои от тях са с повече от едно придружаващо заболяване.

На фигура 5 е представено графично процентното разпределение на изследваните пациенти с МС и придружаващите заболявания по пол.



Фигура 5. Разпределение на броя пациенти по пол с МС и придружаващи заболявания по групи

Представено е разпределението на пациентите според формата на протичане на МС. От изследваните пациенти с МС и коморбидност най-голям е делът на тези с пристъпно-ремитентна форма (Таблица 8).

Клинична форма на протичане на МС	Брой пациенти	%	Брой мъже	%	Брой жени	%
ПР	189	87.10	66	30.41	123	56.68
ПП	2	0.92	0	0.00	2	0.93
ВП	26	11.98	10	4.61	16	7.37
Общо:	217	100	76	35.02	141	64.98

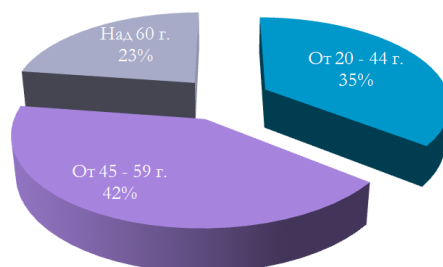
Таблица 8. Разпределение на брой пациенти с различена форма на протичане на МС (пристъпно-ремитентна, ПР; първично прогресираща, ПП; вторично прогресираща, ВП) и придружаващи заболявания по пол

Разпределението на коморбидността по възрастови групи показва наличие на най-много придружаващи заболявания при болните между 45-59 години, следвани от тези между 20-44 години (Таблица 9, Фигура 6).

Придружаващи заболявания	Възрастови групи		
	20 - 44	45 - 59	над 60
А. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	1	0
Б. БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	8	4	1
В. СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	12	37	32
Г. СТОМАШНО-ЧРЕВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	11	14	7
Д. ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	7	6	3
Е. ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	6	15	6
Ж. БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	6	9	2
З. УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0	0
И. АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	7	8	4
Й. ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	8	6	0
К. РЕВМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	8	5	11
Л. ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	7	7	8
М. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	6	2
Н. СТОМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0	0
О. УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ	3	5	0
П. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	4	1	2
Р. ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	5	2	1
С. ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	10	8	2
Т. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	52	59	24
Общо	165	193	105

Таблица 9. Разпределение на броя пациенти с МС и групи придружаващи заболявания по възраст

Общият брой на пациентите в таблицата надвишава общия брой на изследваните, тъй като някои от тях са с повече от едно придружаващо заболяване.



Фигура 6. Процентно съотношение на пациентите с МС и придружаващи заболявания по възраст

Наблюдава се, че най-често придружаващите заболявания се проявяват от 0-5 години от началото на МС при 50% от изследваните болни (33,62% от жените и 16,40% от мъжете). Между 6-10 години от началото на МС се проявяват 31,03% от придружаващите заболявания, а между 11-15 – 7,33% (Таблица 10). Разпределение на броя пациенти с МС според началото на МС по пол е представено на таблица 11 и фигура 7.

Придружаващо заболяване	Години на проявяване след МС											
	Мъже						Жени					
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	>26 г.	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	>26 г.
А. КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Б. БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
В. СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ	5	5	0	1	0	0	7	7	4	2	3	1
Г. СТОМАШНО-ЧРЕВНИ	1	2	1	0	0	0	7	1	0	2	0	0
Д. ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	0	0	0	0	0	4	2	0	0	0	0
Е. ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	2	0	0	0	0	6	2	1	0	1	0
Ж. БЪБРЕЧНИ	1	1	0	0	0	0	6	1	0	1	0	0
З. УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
И. АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ	0	0	0	0	0	0	4	3	0	0	0	0
Й. ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
К. РЕВМАТОЛОГИЧНИ	0	1	0	0	0	0	2	2	1	5	0	1
Л. ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	1	0	0	0	0	4	2	1	0	1	0
М. ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0	0	0	0	0	2	2	1	0	0	0
Н. СТОМАТОЛОГИЧНИ	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
О. УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ	1	0	1	1	0	0	2	0	1	0	0	0
П. ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Р. ХЕМАТОЛОГИЧНИ	1	1	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
С. ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	2	2	0	0	0	0	2	4	2	1	0	1
Т. НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ	14	9	1	0	0	0	29	16	3	3	0	2
Общо	38	25	3	3	0	0	78	47	14	14	5	5

Таблица 10. Разпределение на броя пациенти по групи придружаващи заболявания и проявата им в години спрямо началото на МС

Давност МС години	0-5	6-10	11-15	16-20	21-25	>26
Мъже	38	25	3	3	0	0
Жени	78	47	14	14	5	5
Общо	116	72	17	17	5	5

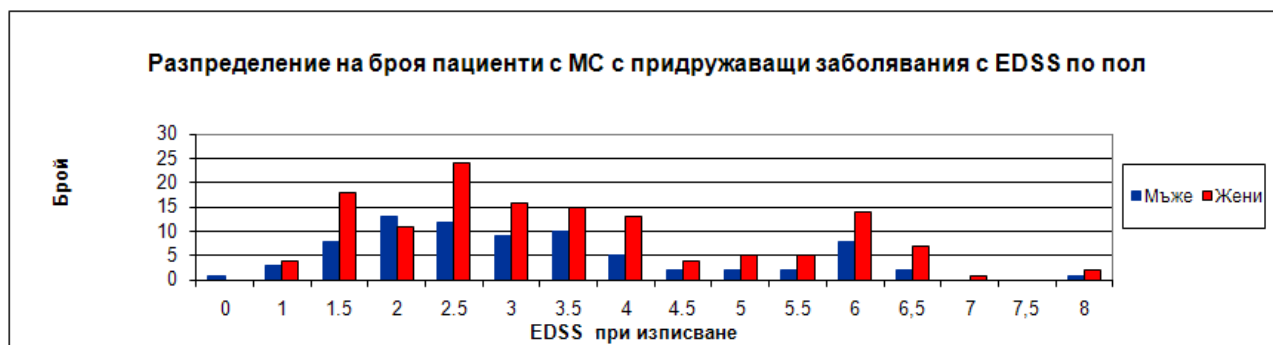
Таблица 11. Разпределение на броя пациенти с МС според началото на МС по
ПОЛ



Фигура 7. Давност на МС с придружаващи заболявания в години по пол

5.2. Оценка на болните с МС според EDSS

Резултатите от анализа на болните с МС и с придружаващи заболявания според EDSS показват преобладаване на оценките до 4 – както при мъжете, така и при жените. Фигура 8 показва разпределението на пациентите с МС с придружаващи заболявания с EDSS при изписване по пол от 0-8, при стъпка 0,5. Най-често EDSS при изписване е 2.5, следван от 1.5, 3, 3.5 и 2. В по-редки случаи тежестта на инвалидизацията прогресира до стойности над 7.

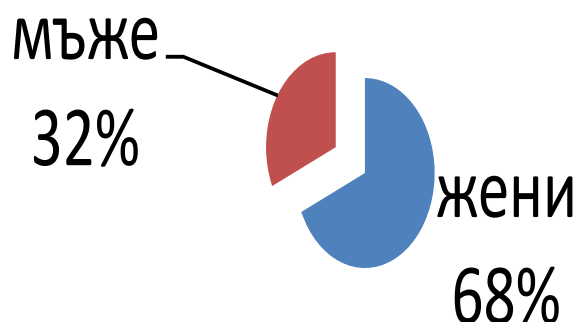


Фигура 8. Разпределение на броя пациенти с МС с придружаващи заболявания
с EDSS при изписване по пол

Разпределението на изследваните пациенти с МС без коморбидност по пол е представено на таблица 12 и фигура 9, а по възрастови групи – на таблица 14 и фигура 10.

Общо	Жени	80
Общо	Мъже	38
Общо	Пациенти	118

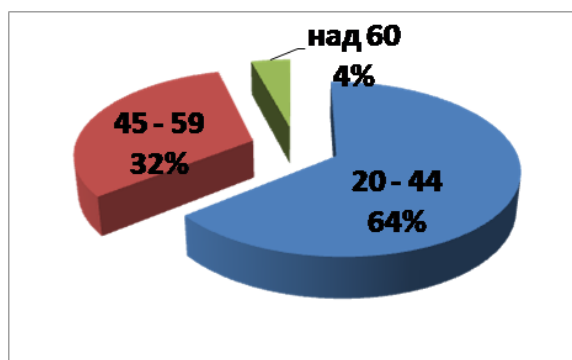
Таблица 12. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания по пол



Фигура 9. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания по пол

Възраст	20 - 44	45 - 59	над 60
Брой Пациенти	76	37	5

Таблица 13. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания по възрастови групи

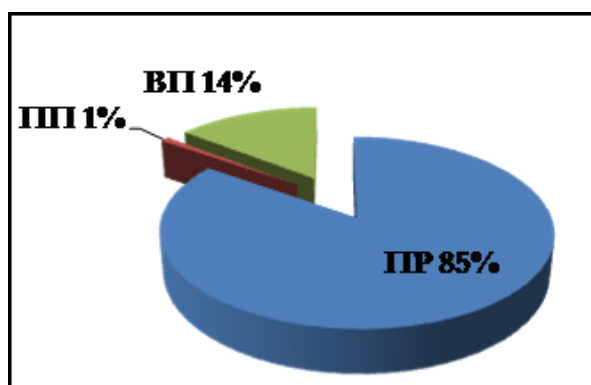


Фигура 10. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания по възрастови групи

Разпределението на пациентите с МС без коморбидност според формата на протичане на МС е представено на таблица 14 и фигура 11.

Клинична форма на протичане на МС	Брой мъже	Брой жени	Брой пациенти
ПР	31	69	100
ПП	0	1	1
ВП	7	10	17
Общо:	38	80	118

Таблица 14. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания според клиничната форма на протичане на МС



Фигура 11. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания според клиничната форма на протичане на МС

Таблица 15 показва разпределението на пациентите с МС и EDSS при изписване по пол от 1-8.5, при стъпка 0.5. От фигурата се вижда, че най-често EDSS при изписване е 2, следван от 2.5, 1.5, 1 и 3.5. В по-редки случаи тежестта на инвалидизацията прогресира до стойности над 6,5.

EDSS	1	1.5	2	2.5	3	3.5	4	4.5	5	5.5	6	6,5	7	7,5	8	8,5
Мъже	4	5	6	6	5	2	0	2	2	2	2	1	1	0	0	0
Жени	6	6	22	14	3	5	5	7	4	0	5	1	1	0	0	1
Общо	10	11	28	20	8	7	5	9	6	2	7	2	2	0	0	1

Таблица 15. Разпределение на пациенти с МС без придружаващи заболявания по EDSS

Динамиката на EDSS между началото и края на изследвания период при болните с МС и коморбидност е представена на таблица 16 (по групи заболявания с по-малко от 10 болни) и на таблица 18 (по групи заболявания с повече от 10 болни), както и на фигура 12.

ГРУПИ ЗАБОЛЯВАНИЯ с по-малко от 10 болни				Брой	EDSS в началото на изследвания период	EDSS в края на изследвания период	Средна стойност
				болни	(Общ)	(Общ)	EDSS (Общ)
УРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				1	1,5	5	3,5 ± 0,5
ХЕМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				8	29	38,5	9,5 ± 0,5
КОЖНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				5	13	17,5	4,5 ± 0,5
УНГ ЗАБОЛЯВАНИЯ-				8	21,5	28	6,5 ± 0,5
ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				7	20	22,5	2,5 ± 0,5
СТОМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				1	3	2,5	-0,5 ± 0,5

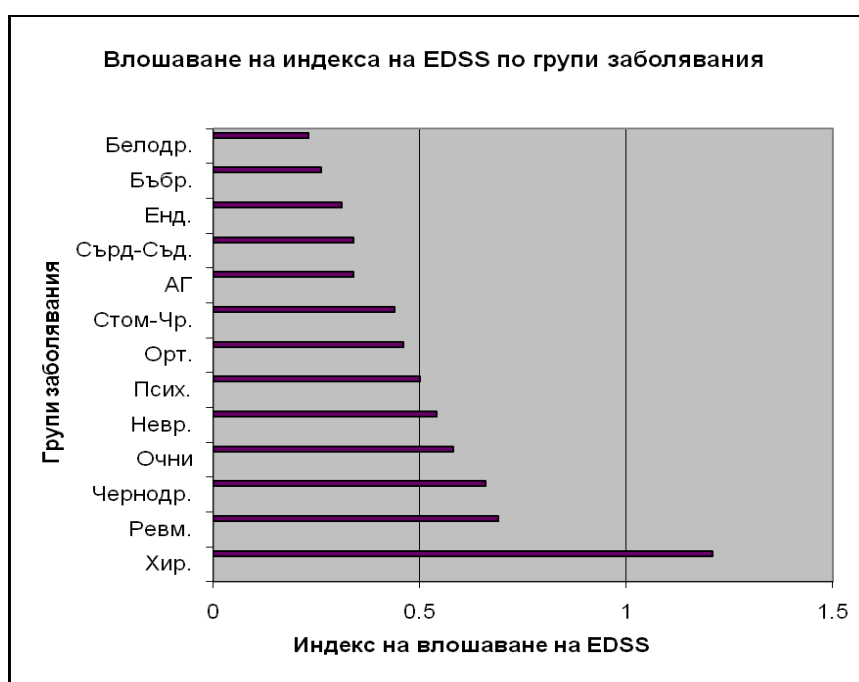
Таблица 16. Влошаване на индекса EDSS по групи заболявания с по-малко от 10 болни

ГРУПИ ЗАБОЛЯВАНИЯ с повече от 10 болни				Брой	EDSS в началото на изследвания период	EDSS в края на изследвания период	Средна стойност
				болни	(Общ)	(Общ)	EDSS (Общ)
ХИРУРГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				14	33	50	17 ± 0,5
РЕВМАТОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				26	110	128	18 ± 0,5
ЧЕРНОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				16	48,5	59	10,5 ± 0,5
ОЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				12	32	39	7 ± 0,5
НЕВРОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				136	390	463	73 ± 0,5
ПСИХИАТРИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				20	62	72	10 ± 0,5
ОРТОПЕДИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				23	76,5	87	10,5 ± 0,5
СТОМАШНО-ЧРЕВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				32	111	125	14 ± 0,5
АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				19	57,5	64	6,5 ± 0,5
СЪРДЕЧНО-СЪДОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				82	277	305	28 ± 0,5
ЕНДОКРИНОЛОГИЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				27	84,5	93	8,5 ± 0,5
БЪБРЕЧНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				17	56	60,5	4,5 ± 0,5
БЕЛОДРОБНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ				13	32,5	35,5	3 ± 0,5

Таблица 17. Влошаване на индекса EDSS по групи заболявания с повече от 10 болни

Таблица 16 и 17 показват разпределението на болните по групи заболявания, като се вземат под внимание общия (сумиран) EDSS в началото и края на изследвания период, изчислена е разликата в степента на инвалидизация и е разделена на броя болни. Новополученият индекс показва влошаването по групи заболявания и по степен.

С оглед статистическа достоверност, в таблица 18 се разграничават групите заболявания с повече от 10 болни. От таблицата се вижда, че индексът се влошава най-много при хирургични заболявания, следвани от ревматологични и чернодробни, и най-малко при бъбречни и белодробни придружаващи заболявания.



Фигура 12. Влошаване на индекса на EDSS по групи заболявания в началото и края на изследвания период

Изследвани са общо 80 пациенти, от които 40 са с МС и 40 с МС и коморбидност. Всички пациенти са попълнили валидизирани за страната въпросници за оценка на качеството на живот. Това са MSQoL-54 и SF-36. Резултатите от същите са обработени по класически статистически анализи, един от които е χ -квадрат. Начинът, по който са изчислени е представен както следва:

H_0 : Няма връзка между качеството на живот на пациентите с МС и МС и придружаващи заболявания.

H_1 : Съществува статистически значима връзка между качеството на живот и пациентите с МС и МС и придружаващи заболявания.

Резултатите са представени в табличен и графичен вид (Таблицы 18-19 и Фигура 13).

	Как бихте оценили качеството си на живот?								Брой случаи
	2	3	4	5	6	7	8	9	
МС	0	0	0	4	6	15	11	4	40
МС и придружаващи заболявания	2	3	10	10	6	5	4	0	40
Брой случаи	2	3	10	14	12	20	15	4	80

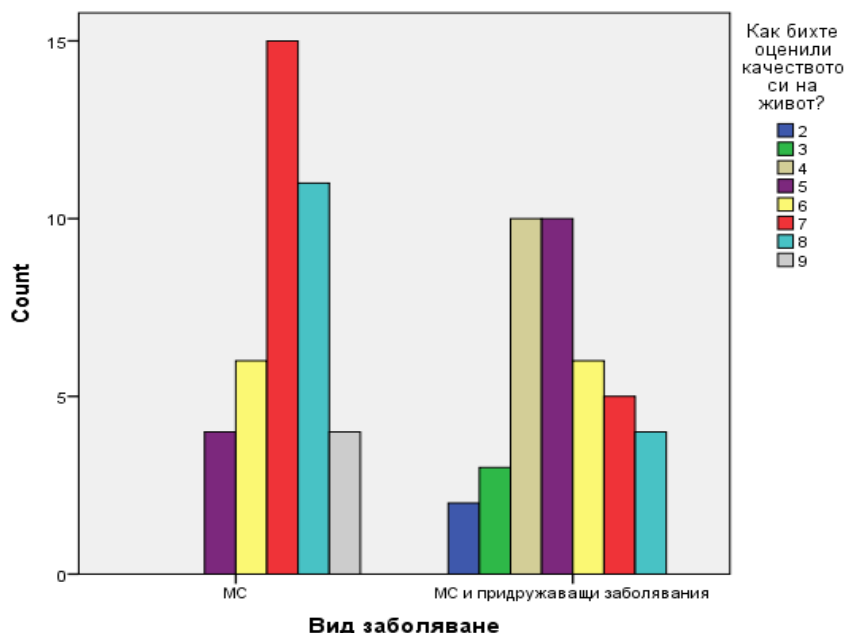
Таблица 18. Как бихте оценили качеството си на живот

	Стойност	df	статистическа значимост (p)
χ^2 -квадрат на Пийрсън	29,838 ^a	7	0,000
Коефициент на правдоподобност	37,626	7	0,000
Линейна-полинейна свързаност	27,092	1	0,000
Брой случаи	80		

Таблица 19. Изчисляване на χ^2 -квадрат на Пийрсън

Тъй като $p=0,000 < 0,05 \rightarrow H_1$, има разлика между качеството на живот и пациентите с МС и придружаващи заболявания. $\chi^2 = 29.838$.

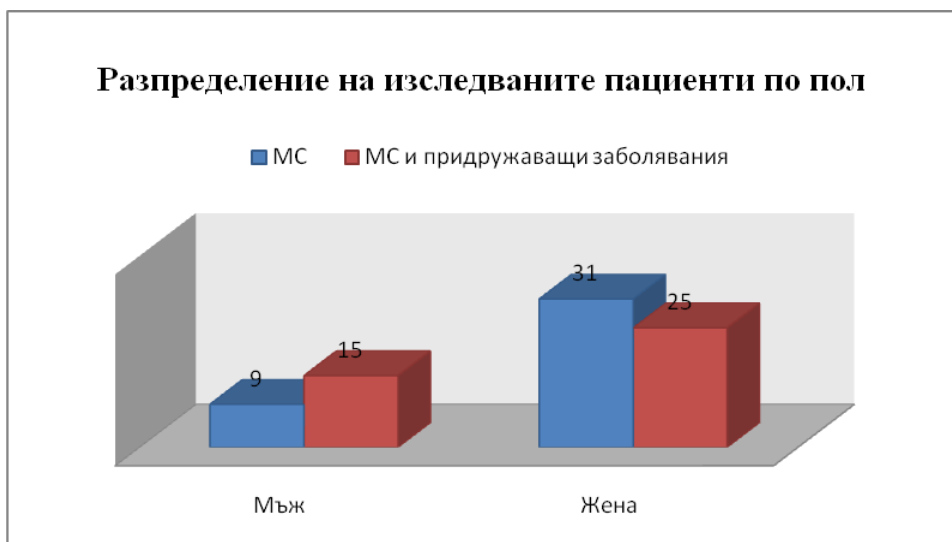
Анкетираните пациенти от групата с МС са оценили качеството си на живот по следния начин: 11 с „8“, 6 със „7“, 6 с „6“, 4 с „5“. За групата с МС и коморбидност оценката на качеството на живот е следното: 4 с „8“, 5 със „7“, 6 с „6“ и по 10 с „5“ и „4“. Прави впечатление, че най-честите отговори за анкетираните с МС са „7“ и „8“, а при групата с МС и коморбидност „4“ и „5“. 4 анкетирани от групата с МС са оценили качеството си на живот с „9“ спрямо нито един от групата с МС и коморбидност. Нито един от пациентите с МС не е оценил качеството си на живот с „2“ или „3“ спрямо 2 пациента с „2“ и 3 пациента с „3“ от другата група. Разпределението е показано на фигура 13.



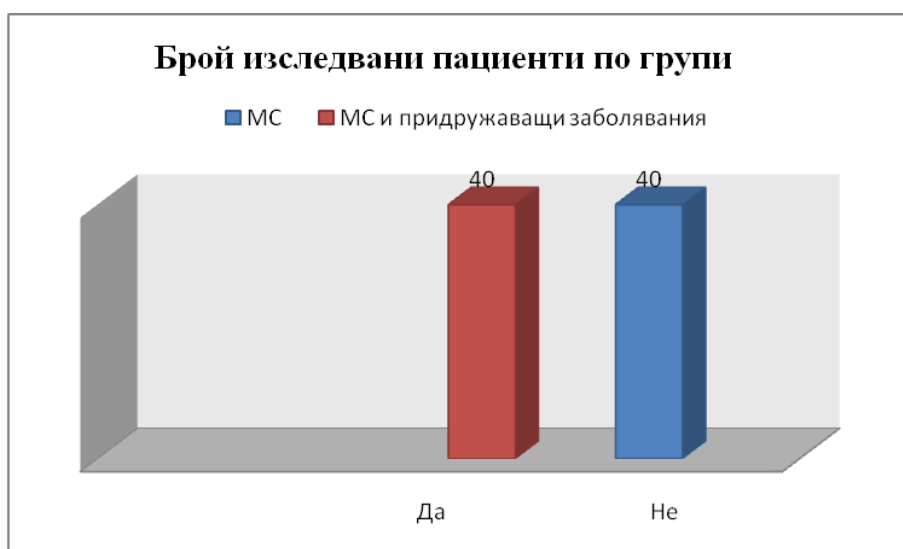
Фигура 13. Как бихте оценили качеството си на живот

При обработката на резултатите от анкетните карти на 80 болни (56 жени и 24 мъже) получихме следните резултати, представени на таблици 20-26 и фигури 14-15:

От въпрос 1.5. Разпределение по пол в групите изследвани пациенти е представено на фигура 14.



Фигура 14. Разпределение на изследваните пациенти по пол



Фигура 15. Разпределение на броя пациенти по групи с МС и МС и коморбидност

Разпределението на отговорите на въпрос 4.4.1 (Уточнете какво е придружаващото заболяване?) е представено по групи на таблица 20. Най-често срещаните придружаващи заболявания са сърдечно съдовите, следвани от други неврологични, белодробни и стомашно-чревни заболявания. По-редки са са кожните, чернодробните, ендокринните, бъбречните, психиатричните и акушеро-гинекологичните заболявания. С повече от едно придружаващо заболяване са 12,5% от изследваните.

	Честота	%	Валиден %	Кумулативен %
Кожно заболяване	1	2,5	2,5	2,5
Белодробно заболяване	5	12,5	12,5	15,0
Сърдечно-съдови заболявания	9	22,5	22,5	37,5
Стомашно-чревни заболявания	3	7,5	7,5	45,0
Чернодробно заболяване	1	2,5	2,5	47,5
Ендокринологично заболяване	1	2,5	2,5	50,0
Бъбречно заболяване	1	2,5	2,5	52,5
АГ заболяване	1	2,5	2,5	55,0
Неврологично заболяване	7	17,5	17,5	72,5
Психиатрично заболяване	1	2,5	2,5	75,0
Друго	5	12,5	12,5	87,5
Повече от едно заболяване	5	12,5	12,5	100,0
Брой случаи	40	100,0	100,0	

Таблица 20. Честота на придружаващите заболявания по групи

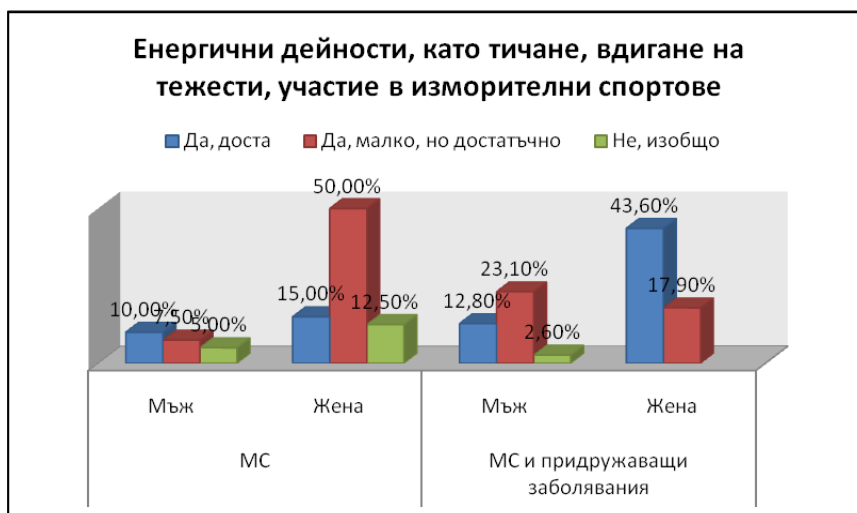
При обработка на резултатите от въпросник MSQoL-54, получихме следните резултати, представени на таблици 21-27 и фигури 16-35:

На въпрос 1 (Като цяло, бихте ли казал/а, че здравето Ви е:) 24 от анкетираните с МС са посочили, че здравето им е „добро“ (5 мъже и 19 жени), 20 от анкетираните с МС и коморбидност са посочили, че здравето им е „добро“ (9 мъже и 11 жени). В групата с МС 13 от анкетираните (2 мъже и 11 жени) са посочили, че здравето им е „много добро“, докато от групата с МС и коморбидност само 3 болни са посочили този отговор (1 мъж и 2 жени). Като „задоволително“ са оценили здравето си 2 болни от групата с МС (само мъже), докато в групата с МС и коморбидност 16 (4 мъже и 12 жени). Като „лошо“ е оценил здравето си 1 мъж от анкетираните с МС и коморбидност, докато в групата с МС нито един. Това е показано в процентно разпределение на таблица 21.

			Здравето ми е:				
			Отлично	Много добро	Добро	Задово-лително	Лошо
МС	ПОЛ	Мъж	0,0%	5,0%	12,5%	5,0%	0,0%
		Жена	2,5%	27,5%	47,5%	0,0%	0,0%
МС и придр. заболявания	ПОЛ	Мъж	0,0%	2,5%	22,5%	10,0%	2,5%
		Жена	0,0%	5,0%	27,5%	30,0%	0,0%

Таблица 21. Разпределение на пациентите по критерий здраве

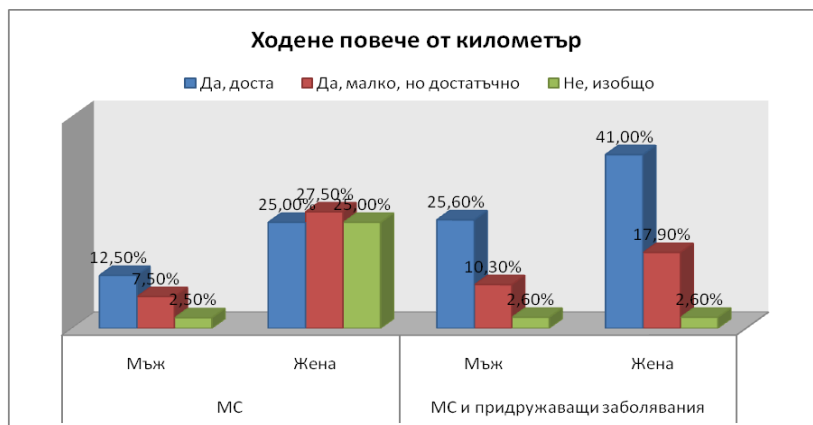
На въпрос 3 (Енергични дейности като тичане, вдигане на тежко, участие в изморителни спортове?) 10 болни от анкетираните с МС са отбелязали, че са „доста“ ограничени в извършването на енергични дейности, а в групата с МС и коморбидност – 22 болни. „Малко, но достатъчно“ ограничени са 23 болни с МС и 16 от болните с коморбидност. На същия въпрос 7 от болните с МС „изобщо нямат“ затруднения, докато при тези с МС и коморбидност – само 1. Това е показано в процентно разпределение на фигура 16.



Фигура 16. Разпределение по критерии енергични дейности като тичане, вдигане на тежко, участие в изморителни спортове

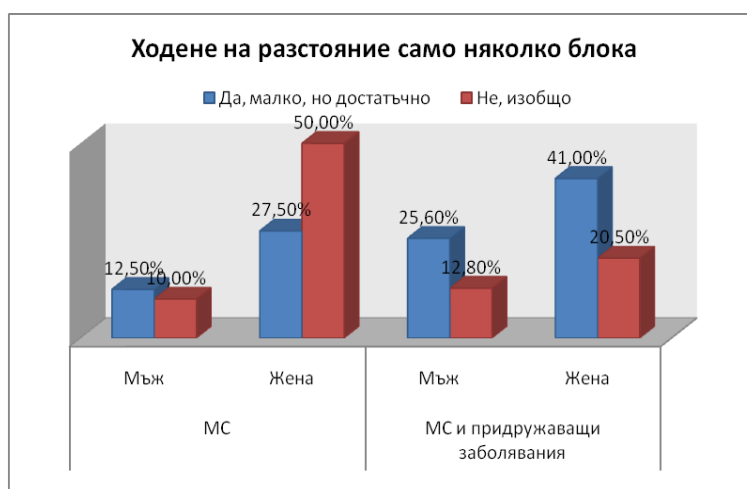
На въпрос 9 (Ходене повече от километър?) „доста ограничени“ се чувстват 15 от анкетираните с МС и 26 от тези с МС и коморбидност. „Малко, но достатъчно“ са отбелязали 14 болни с МС спрямо 11 от другата. Прави впечатление, че 11 от анкетираните с МС са отбелязали, че “нямат

затруднение“, спрямо 2 болни в другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 17.



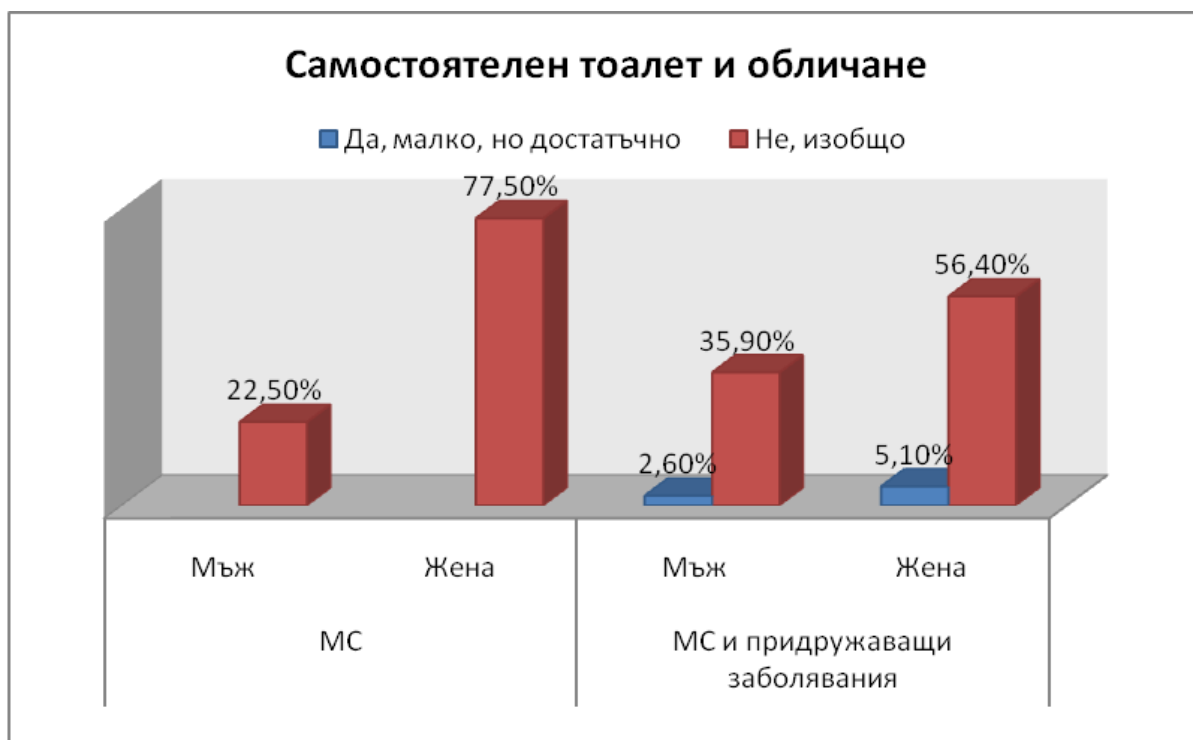
Фигура 17. Разпределение по критерий ходене повече от километър

На въпрос 10 (Ходене на разстояние само няколко блока?) 16 от анкетираните с МС са отбелязали „малко, но достатъчно“, докато в групата с МС и коморбидност така са отговорили 26 болни. Изобщо не са ограничени в тази дейност 24 от анкетираните с МС и 13 от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 18. Бихме искали да отбележим, че считаме за по-удачно преводът на думата „block“, използвана в оригиналния тест, да бъде „пресечка“, но сме използвали думата „блок“, за да се придържаме към официалната версия на български език.



Фигура 18. Разпределение по критерий ходене на разстояние само няколко блока

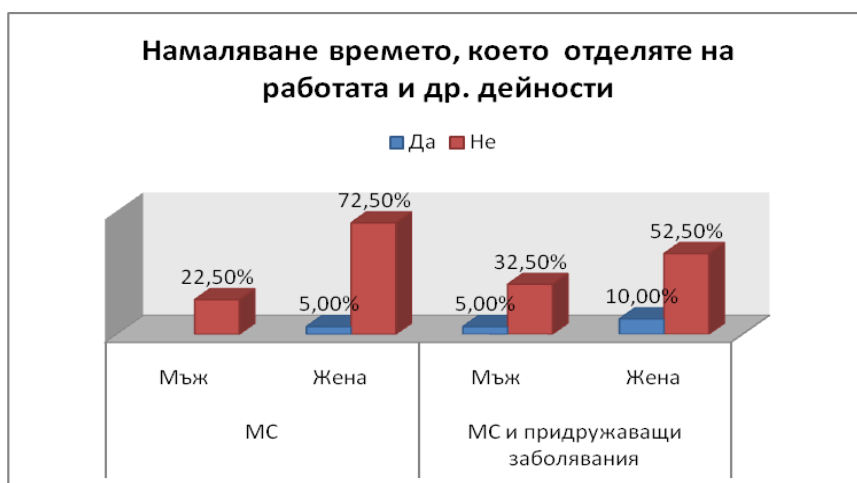
На въпрос 12 (Самостоятелен тоалет и обличане?) Трима от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали, че са „малко ,но достатъчно“ ограничени в тази дейност, спрямо нито един от другата група. Изобщо не са ограничени всички от болните с МС и 37 от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 19.



Фигура 19. Разпределение по критерии самостоятелен тоалет и обличане

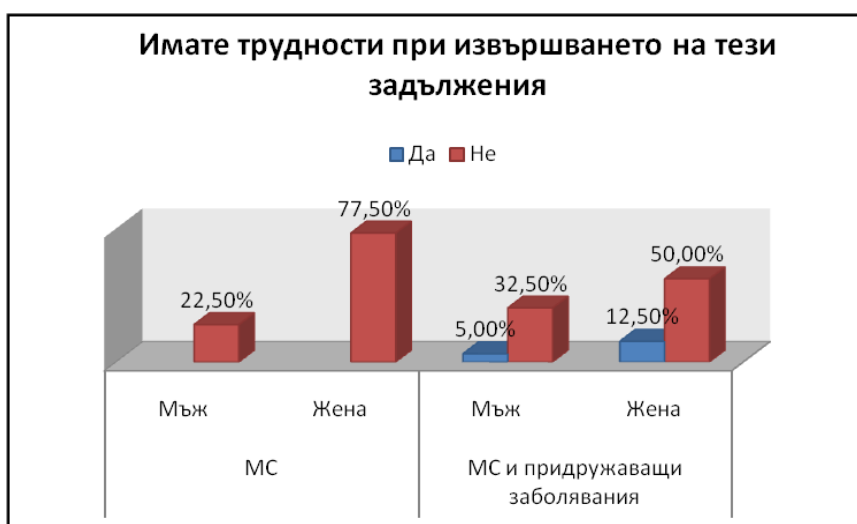
С въпроси 13-16 сме потърсили отговор на въпроса дали анкетираните са имали някакъв проблем с работата или ежедневните си ангажименти като резултат от физическото им здраве.

На въпрос 13 (Намаляване на времето, което отделяте на работата и други дейности) положителен отговор са дали 2 жени от анкетираните с МС и 6 болни (2 мъже и 4 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. Отрицателен отговор са дали 38 (9 мъже и 29 жени) от анкетираните с МС спрямо 34 (13 мъже и 21 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 20.



Фигура 20. Намаляване на времето, което отделяте на работата и други дейности

На въпрос 16 (Имате трудности при извършването на тези задължения) липсват положителни отговори сред анкетираните с МС, а в групата с МС и коморбидност те са 7 болни (2 мъже и 5 жени). Отрицателен отговор са дали всички от анкетираните с МС спрямо 33 (13 мъже и 20 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 21.

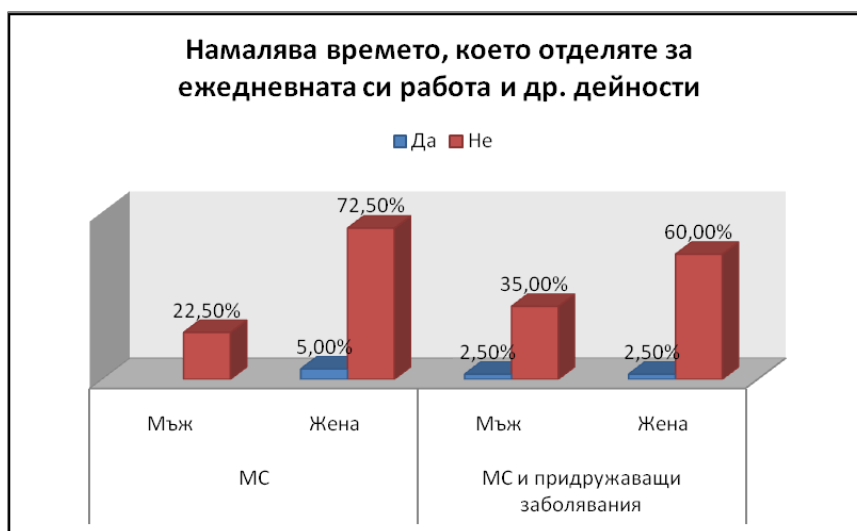


Фигура 21. Имате трудности при извършването на тези задължения

С въпроси 17-19 сме потърсили отговор дали през последните 4 седмици пациентите с МС и МС и придружаващи заболявания в резултат на

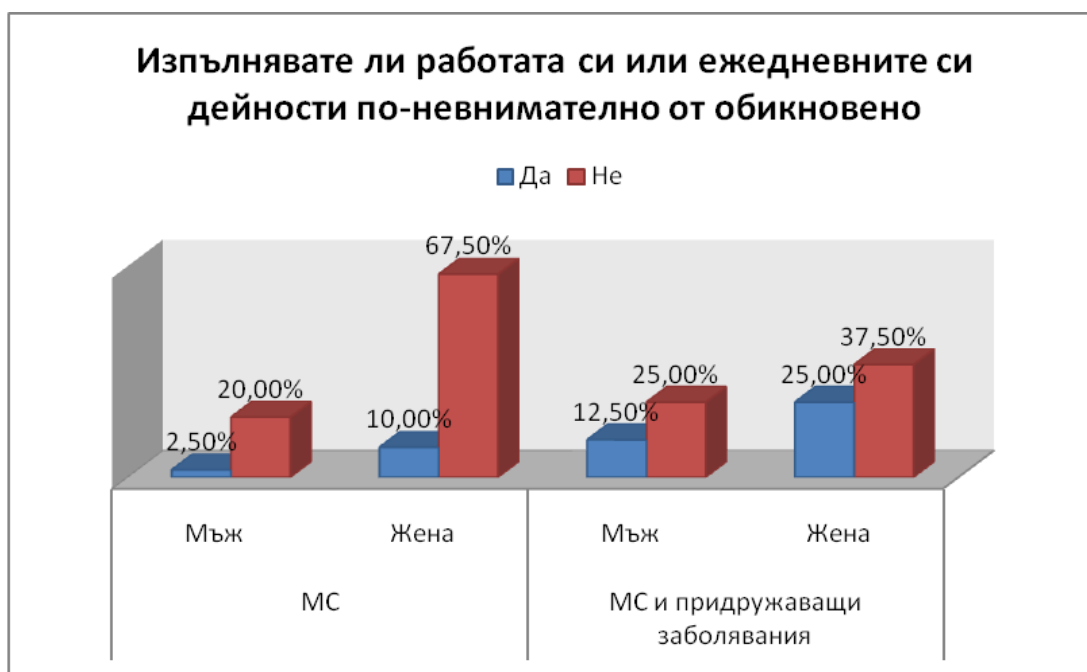
емоционални проблеми са имали затруднения с работата или ежедневните ангажименти.

На въпрос 17 (Намалява времето, което отделяте за ежедневната си работа и други дейности) положителен отговор са дали 2 жени от анкетираните с МС и 2 болни (един мъж и една жен) от анкетираните с МС и коморбидност. Отрицателен отговор са дали 38 болни (9 мъже и 29 жени) от анкетираните с МС спрямо 38 болни (14 мъже и 24 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 22.



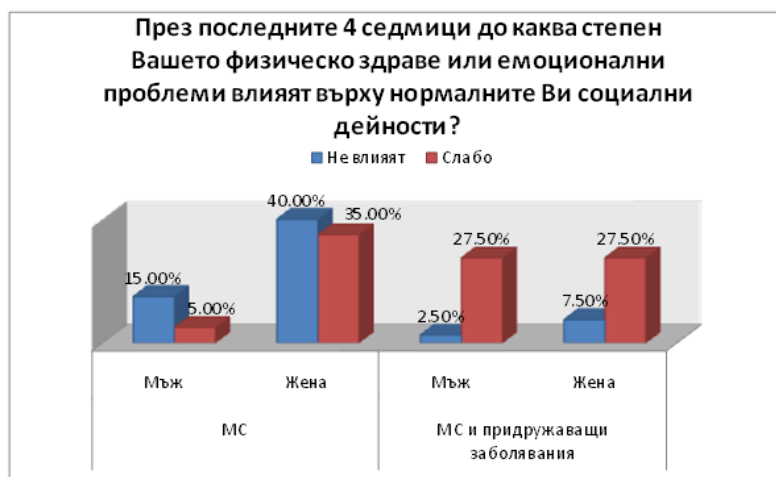
Фигура 22. Намалява времето, което отделяте за ежедневната си работа и други дейности

На въпрос 19 (Изпълнявате ли работата си или ежедневните си дейности по-невнимателно от обикновено) с „да“ са отговорили 5 болни (един мъж и 4 жени) от анкетираните с МС спрямо 15 (5 мъже и 10 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. С „не“ са отговорили 35 (8 мъже и 27 жени) от анкетираните с МС спрямо 25 (10 мъже и 15 жени) от анкетираните с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 23.



Фигура 23. Изпълнявате ли работата си или ежедневните си дейности по-невнимателно от обикновено

На въпрос 20 (През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми влияят върху нормалните ви социални дейности със семейството, приятелите, съседите, или в други среди?) Отговор „не влияят“ са отбелязали 22 (6 мъже и 16 жени) от анкетираните с МС и 4 (един мъж и 3 жени) от групата с МС и коморбидност. „Слабо влияят“ при 16 (2 мъже и 14 жени) от анкетираните с МС и при 22 болни (по 11 мъже и жени) с МС и коморбидност. „Средно влияние“ оказват при един от групата с МС и при 11 (2 мъже и 9 жени) от групата с МС и коморбидност. „Доста влияят“ е отбелязал една от анкетираните с МС жени и 3 болни (един мъж и 2 жени) от другата група. Това е показано на фигура 24.



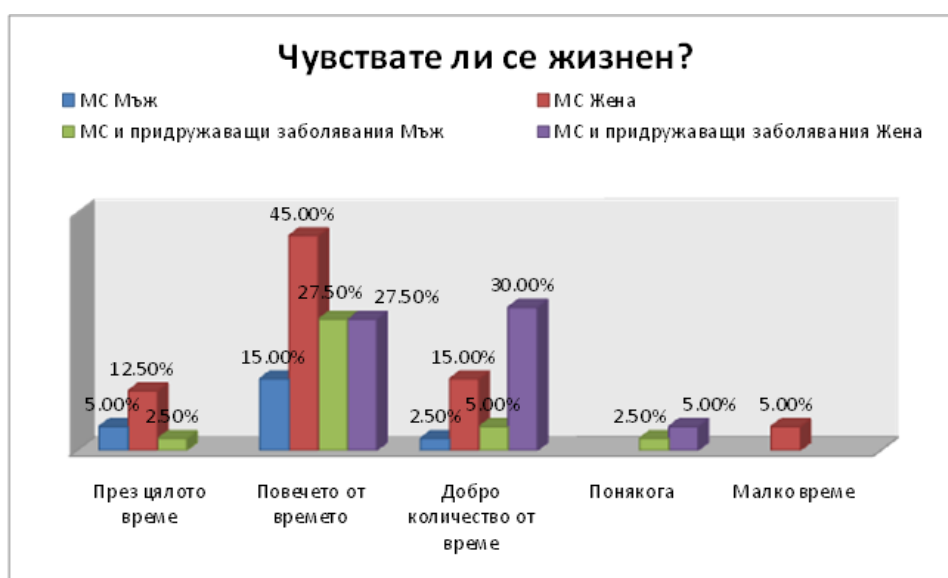
Фигура 24. До каква степен физическото здраве или емоционални проблеми влияят върху нормалните социални дейности със семейството, приятелите, съседите, или в други среди

На въпрос 22 (През последните 4 седмици, до каква степен болката влияе върху вашата работа?) 24 от анкетиранияте с МС и 10 от групата с МС и коморбидност са отбелязали, че болката „не влияе“ на работата им. „Малко, но достатъчно“ влияе болката при 13 от първата група спрямо 16 от другата. „Средно влияние“ оказва болката при 2 от анкетиранияте с МС и при 12 от анкетиранияте с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 25.



Фигура 25. През последните 4 седмици, до каква степен болката влияе върху вашата работа

На въпрос 23 (Чувствате ли се жизнен?) анкетираниите от двете групи в най-често са отбелязали, че се чувстват жизнени в „повечето от времето“, съответно 24 болни от групата с МС и 22 от групата с МС и коморбидност. Прави впечатление, че при анкетираниите с МС 6 болни са отбелязали, че се чувстват жизнени „през цялото време“, а при другата група – 1. Това е показано в процентно разпределение на фигура 26.



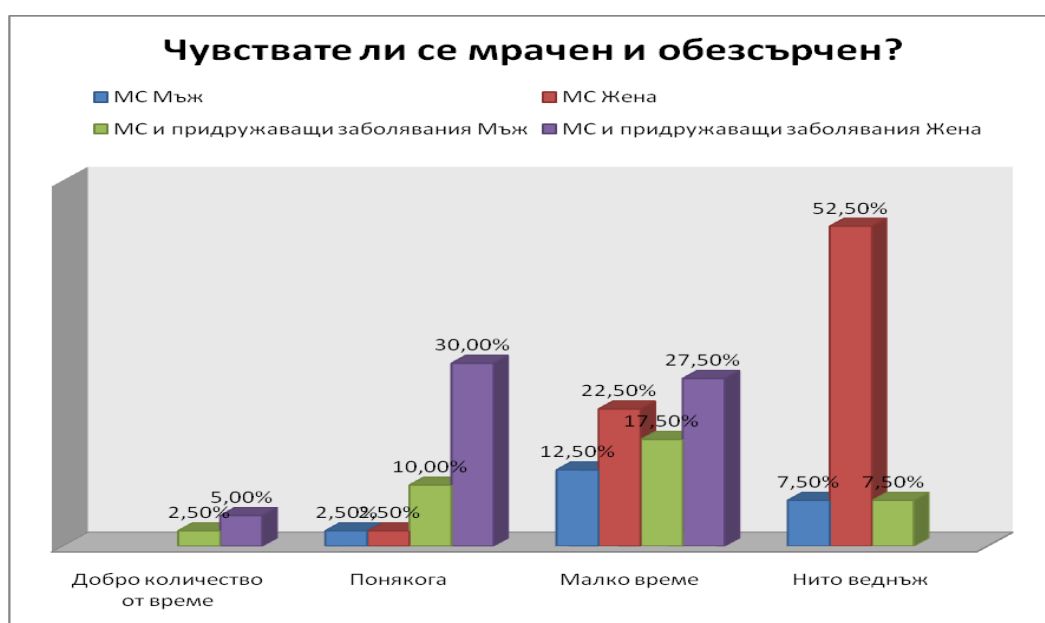
Фигура 26. Чувствате ли се жизнен

На въпрос 25 (Чувствате ли се толкова подтиснат, така че нищо не може да ви разведри) „нито веднъж“ са отбелязали 37 от анкетираниите с МС, спрямо 17 от тези с коморбидност. Вижда се, че в „малко време“ е бил подтиснат 1 от първата група, докато в групата с коморбидност – 12 болни. Двама от болните с коморбидност са били подтиснати „добро количество от време“ спрямо нито един от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 27.



Фигура 27. Чувствате ли се толкова подтиснат, така че нищо не може да ви разведри

На въпрос 28 (Чувствате ли се мрачен и обезсърчен?) прави впечатление, че 3 от групата с МС и коморбидност са отбелязали „добро количество от време“, спрямо нито един от групата с МС. „Понякога“ се чувстват мрачни и обезсърчени 2 от анкетираните с МС и 16 от тези с коморбидност. “Нито веднъж“ са отбелязали 24 от анкетираните с МС спрямо само 3 болни от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 28.



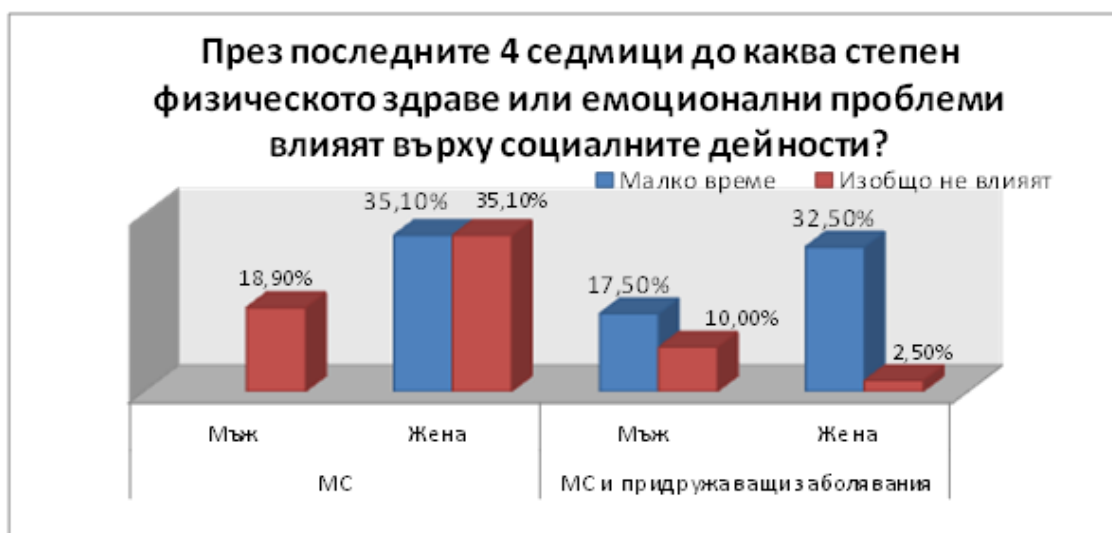
Фигура 28. Чувствате ли се мрачен и обезсърчен

На въпрос 30 (Чувствате ли се щастлив?) 23 от анкетираните с МС са отбелязвали, че „през повечето време“ са щастливи, а от другата група – 14 болни. „През цялото време“ са щастливи 7 от анкетираните с МС, за разлика от 1 при групата с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 29.



Фигура 29. Чувствате ли се щастлив

На въпрос 33 (През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми влияят върху социалните ви дейности?) анкетираните са отбелязали най-често, че „известно време“ здравето им и емоционалните проблеми са влияели върху социалните им дейности – 3 от анкетираните с МС, спрямо 13 от тези с МС и коморбидност. „Малко време“ са влияели при 14 болни от първата група спрямо 30 от другата. Прави впечатление, че 22 от анкетираните с МС са отговорили, че „изобщо не влияят“, спрямо 5 от тези с МС и коморбидност. Това е показано в процентно разпределение на фигура 30.



Фигура 30. През последните 4 седмици, до каква степен вашето физическо здраве или емоционални проблеми влияят върху социалните ви дейности

На въпрос 35 (Здрав съм колкото всеки друг, който познавам) В групата с МС 5 от пациентите са отбелязали, че твърдението е „повече грешно“, „не са сигурни“ – 9 и по 3 от тях смятат, че твърдението е „определено грешно“ и, че е „определено истина“. В другата група с МС и коморбидност 15 болни са отбелязали, че твърдението е „повече грешно“, „не са сигурни“ 7, 10 от тях смятат, че твърдението е „определено грешно“, а един смята, че е „определено истина“. Това е показано в процентно разпределение на таблица 22.

		МС		МС и придружаващи заболявания	
		Мъж	Жена	Мъж	Жена
"Здрав съм, колкото всеки друг, който познавам"	Определено е истина	0,0%	7,5%	2,5%	0,0%
	Повечето е истина	12,5%	37,5%	5,0%	12,5%
	Не съм сигурен	2,5%	20,0%	7,5%	10,0%
	Повечето е грешно	2,5%	10,0%	15,0%	22,5%
	Определено е грешно	5,0%	2,5%	7,5%	17,5%

Таблица 22. Разпределение на пациентите по отношение до каква степен смятат за вярно или грешно, че са здрави, колкото всеки друг, който познават

На въпрос 36 (Очаквам здравето ми да се влоши) 3 от анкетираните пациенти с МС са отбелязали, че твърдението е „повече грешно“, „не са сигурни“ 20, 14 от тях смятат, че твърдението е „определено грешно“, и нито един не смята, че е „определено истина“. В другата група с МС и коморбидност 12 са отбелязали, че твърдението е „повече грешно“, „не са сигурни“ 14, 3 смятат, че твърдението е „определено грешно“, а 1 болен – че е „определено истина“. Това е показано в процентно разпределение на таблица 23.

		МС		МС и придружаващи заболявания	
		Мъж	Жена	Мъж	Жена
"Очаквам здравето ми да се влоши"	Определено е истина	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%
	Повечето е истина	0,0%	7,5%	7,5%	17,5%
	Не съм сигурен	17,5%	32,5%	15,0%	20,0%
	Повечето е грешно	0,0%	7,5%	10,0%	20,0%
	Определено е грешно	5,0%	30,0%	5,0%	2,5%

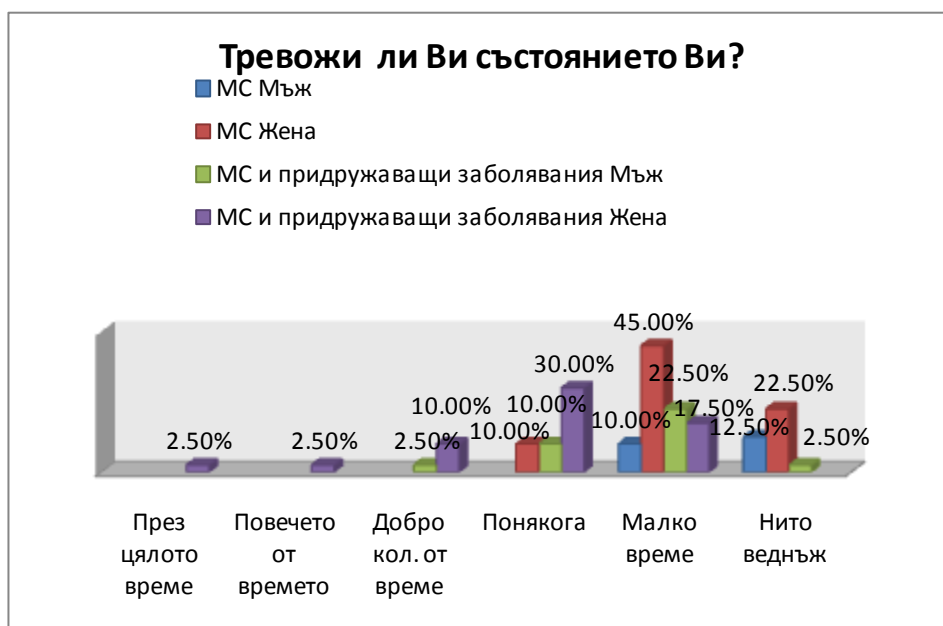
Таблица 23. Разпределение на пациентите по отношение до каква степен смятат за вярно или грешно, че очакват здравето им да се влоши

На въпрос 39 (Разстройвате ли се за Вашето здраве?) 15 от анкетираните пациенти с МС „нито веднъж“ не са се разстройвали, 15 са били разстроени „малко време“ и 10 – „понякога“. В групата с МС и коморбидност един болен не е бил „нито веднъж“ разстроен, 9 от тях – „малко време“, „понякога“ са били разстроени 20 и 9 – в „добро количество от времето“. Това е показано в процентно разпределение на фигура 31.



Фигура 31. Разстройвате ли се за вашето здраве

На въпрос 40 (Тревожи ли Ви състоянието Ви?) 14 от анкетираните пациенти с МС „нито веднъж“ не са се тревожили за състоянието си, 22 са били разтревожени „малко време“ и 4 – „понякога“. В другата група с МС и коморбидност - един болен не е бил разтревожени от състоянието си, 16 от тях – „малко време“ и 16 са били разтревожени понякога. Прави впечатление, че 5 от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали „добро количество от време“, спрямо нито един от тези с МС. Това е показано в процентно разпределение на фигура 32.



Фигура 32. Тревожи ли Ви състоянието Ви

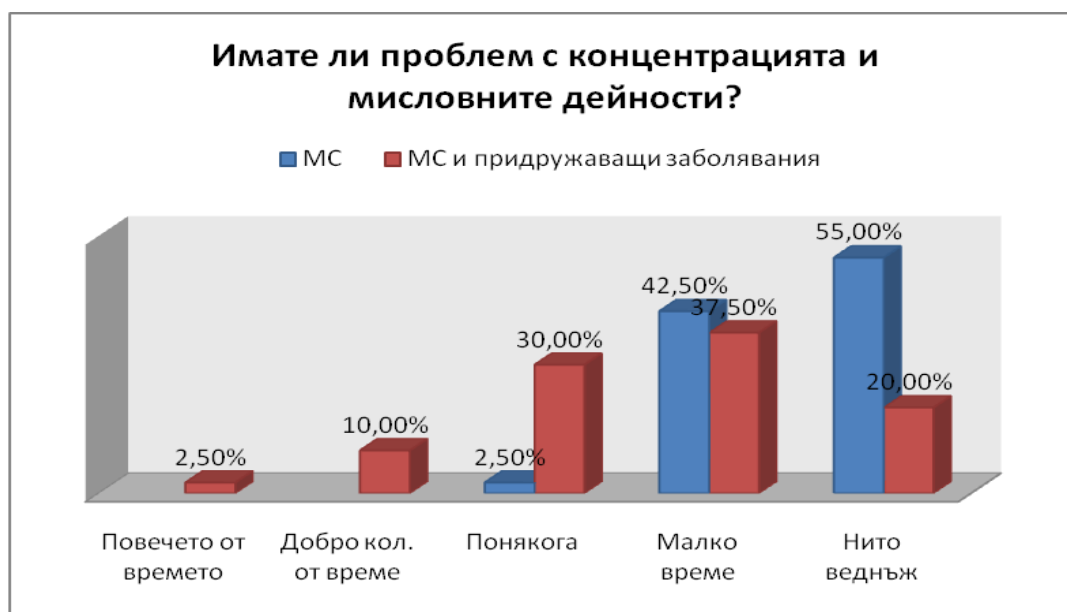
На въпрос 41 (Чувствате ли се сломен от проблемите със здравето Ви?) От анкетираните пациенти с МС 36 нито веднъж не са били сломени, а 4 от тях – „малко време“, докато 23 болни от групата с МС и коморбидност не са били сломени „нито веднъж“, 11 – „малко време“ и 6 са били обезкуражени понякога. Това е показано в процентно разпределение на таблица 24.

		МС		МС и придружаващи заболявания	
		Мъж	Жена	Мъж	Жена
Чувствате ли се сломен от проблемите със здравето ви?	През цялото време	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Повечето от времето	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Добро кол. от време	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Понякога	0,0%	0,0%	2,5%	12,5%
	Малко време	2,5%	7,5%	7,5%	20,0%
	Нито веднъж	20,0%	70,0%	27,5%	30,0%

Таблица 24. Чувствате ли се сломен от проблемите със здравето Ви

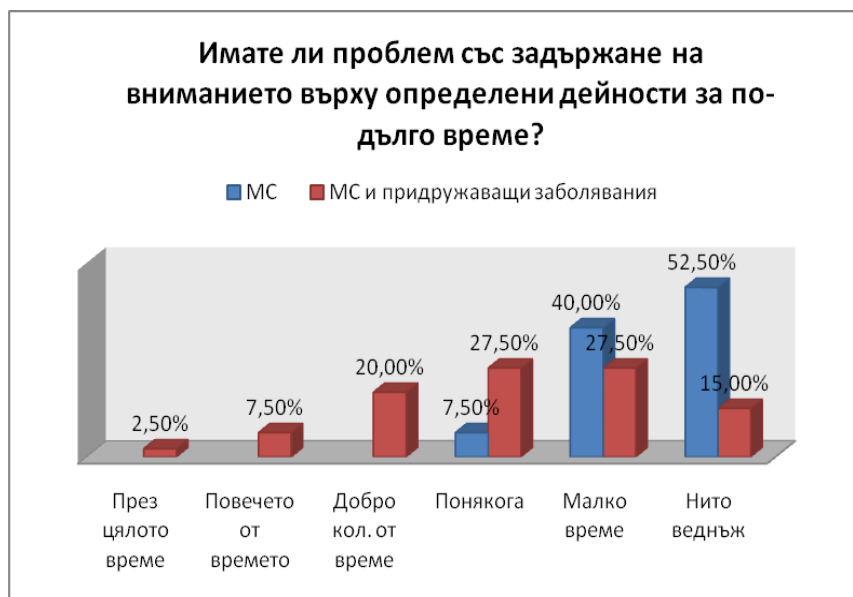
На въпрос 42 (Имате ли проблем с концентрацията и мисловните дейности?) От анкетираните пациенти с МС 22 са отговорили, че „нито веднъж“

не са имали проблем с концентрацията, 17 от тях „малко време“, а „понякога“ – 1. В другата група с МС и коморбидност - 8 не са имали проблем с концентрацията, 15 от тях са имали през „малко време“, а „понякога“ – 12. Прави впечатление, че 4 от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали „добро количество от време“ и 1 „повечето време“, докато от другата група липсват участници, посочили тези отговори. Това е показано в процентно разпределение на фигура 33.



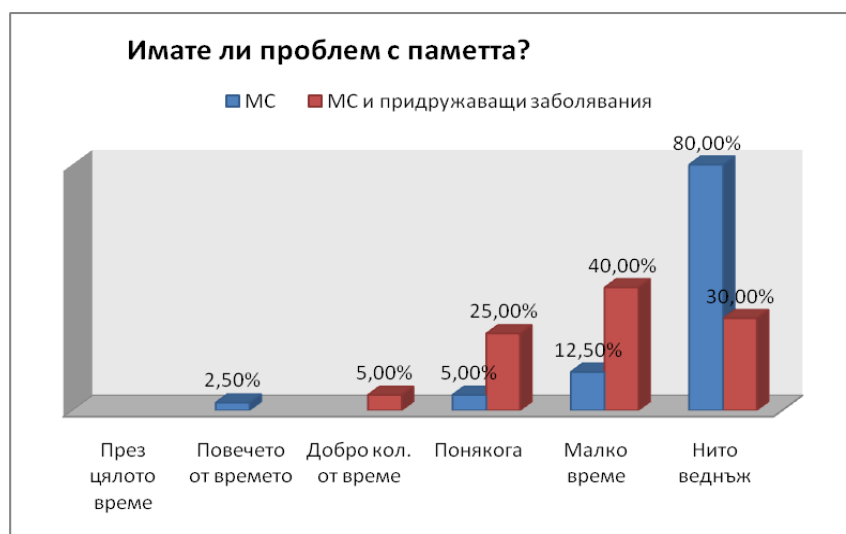
Фигура 33. Имате ли проблем с концентрацията и мисловните дейности

На въпрос 43 (Имате ли проблем със задържане на вниманието върху определени дейности за по-дълго време?) От анкетираните пациенти с МС 21 „нито веднъж“ не са имали проблем със задържането на вниманието, 16 от тях са отговорили „малко време“, а „понякога“ – 3. В другата група с МС и коморбидност 6 не са имали проблем със задържането на вниманието, 11 от тях са отговорили „малко време“, а „понякога“ – 11. Вижда се, че 8 от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали „добро количество от време“ и 3 повечето време, спрямо нито един от другата група за двата отговора. Това е показано в процентно разпределение на фигура 34.



Фигура 34. Имате ли проблем със задържане на вниманието върху определени дейности за по-дълго време

На въпрос 44 (Имате ли проблем с паметта?) От анкетираните пациенти с МС в 32 нито веднъж не са имали проблем с паметта, 5 от тях – „малко време“ и „понякога“ – 2. В другата група с МС и коморбидност 12 не са имали проблем с паметта, 16 от тях – „малко време“ и „понякога“ – 10. Прави впечатление, че 2 от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали „повечето време“, спрямо нито един от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 35.



Фигура 35: Имате ли проблем с паметта

На въпрос 50 (Като цяло, колко сте задоволен от сексуалните Ви възможности?) Прави впечатление, че 19 (2 мъже и 14 жени) от анкетираните с МС смятат, че са „много задоволени“ за разлика от 7 болни (2 мъже и 5 жени) от тези с МС и коморбидност. Отговор „донякъде задоволен“ са отбелязали 15 (2 мъже и 13 жени) от анкетираните с МС спрямо 13 (6 мъже и 7 жени) от другата група. Видно е, че 3 от пациентите с МС и коморбидност са отбелязали „много незадоволен“ спрямо нито един от групата с МС. Това е показано в процентно разпределение на таблица 25.

			Много задоволен	Донякъде задоволен	Нито задоволен, нито незадоволен	Донякъде незадоволен	Много незадоволен
Като цяло, колко сте задоволен от сексуалните Ви възможности?	МС	Мъж	12,5%	5,0%	5,0%	0,0%	0,0%
		Жена	35,0%	32,5%	10,0%	0,0%	0,0%
	МС и придр. Заболявания	Мъж	5,0%	15,0%	10,0%	0,0%	7,5%
		Жена	12,5%	17,5%	22,5%	10,0%	0,0%

Таблица 25. Като цяло, колко сте задоволен от сексуалните Ви възможности

На въпрос 52 (През последните 4 седмици колко усещането за болка влияе върху радостта Ви от живота?) 24 от анкетираните болни с МС са отговорили, че болката „не влияе“, 13 от тях – че „влияе слабо“, а при 3 влиянието е „средно“. От групата с МС и коморбидност 11 от анкетираните са отбелязали, че болката „не влияе“, 20 – че оказва „слабо“ влияние, а при 7 то е „средно“. Вижда се, че 2 болни от групата с МС и коморбидност са отбелязали, че усещането им за болка има „доста голямо“ влияние върху радостта им от живота, спрямо нито един в другата група. Това е показано в процентно разпределение на таблица 26.

	МС	МС и придружаващи заболявания
Не влияе	61,1%	28,2%
Слабо	33,0%	48,7%
Средно	5,6%	17,9%
Доста	0,0%	5,1%
Изключително много	0,0%	0,0%

Таблица 26. През последните 4 седмици колко усещането за болка влияе върху радостта Ви от живота

На въпрос 54 (Кое твърдение описва най-добре как усещате живота си като цяло?) двама от анкетираните пациенти с МС са отбелязали, че са „удоволетворени“, докато от другата група един е дал този отговор. 21 от групата с МС са „доволни“ от живота си, за разлика от 10 от другата група. Става ясно, че 15 от жените от групата на болните от МС считат, че са „доволни“, за разлика от жените в групата пациенти с МС и придружаващи заболявания, където „доволни“ са само 4. Разпределението на отговорите, свързани с усещането за живот показва наличието на статистически значими разлики в двете групи (потвърдено чрез Т-тест: $0,000 > 0,05 \Rightarrow$ приемаме H_1). 5 от жените с МС са отговорили „удоволетворен“ спрямо 0% от жените в групата с МС и придружаващи заболявания. Отговор „повече задоволени“ са посочили 12 болни от групата с МС спрямо 11 от другата група. Прави впечатление, че 2 от пациентите в групата с МС са посочили отговор „почти равно задоволени и незадоволени“, за разлика от групата с МС и коморбидност – 10 от болните. Отговор „повече незадоволен“ са посочили 7 болни от групата с МС и коморбидност, а сред пациентите с МС липсва такъв отговор. Вижда се, че един болен от групата с МС и коморбидност е отбелязал отговор „несъществен“ в сравнение с нито един от другата група. И в двете групи липсват пациенти,

оценили живота си като „ужасен“. Това е показано в процентно разпределение на таблица 27.

	МС		МС и придружаващи заболявания	
	Мъж	Жена	Мъж	Жена
Ужасен	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Нещастен	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%
Повече незадоволителен	0,0%	0,0%	1,3%	7,5%
Смесен-почти равно съм задоволен и незадоволен	2,5%	0,0%	3,8%	8,8%
Повече съм задоволен	1,3%	13,8%	3,8%	10,0%
Задоволен съм	7,5%	18,8%	7,5%	5,0%
Удовлетворен съм	0,0%	6,3%	1,3%	0,0%

Таблица 27. Кое твърдение описва най-добре как усещате живота си като цяло

При обработка на резултатите от въпросник SF-36 получихме следните резултати, представени на таблици 28-30 и фигури 36-40:

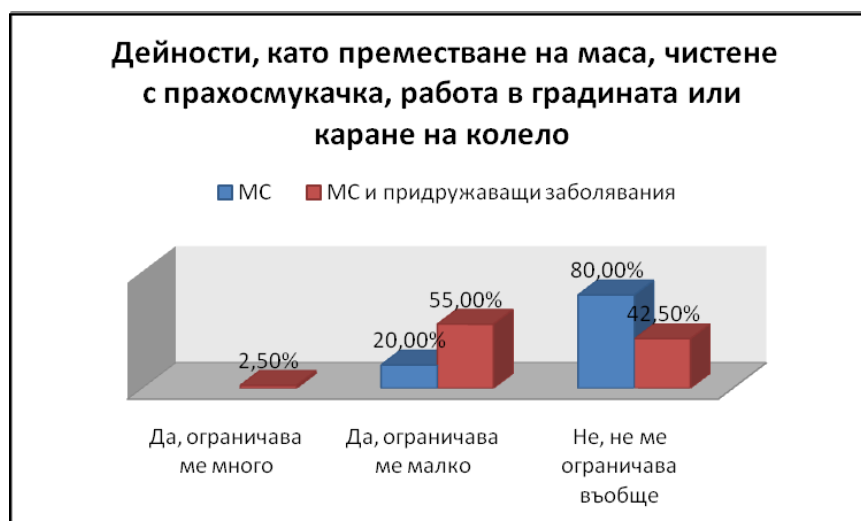
На въпрос 1 (В най-общ смисъл, бихте ли казали, че Вашето здраве е:) с най-голяма честота анкетираните от двете групи са оценили здравето си като „добро“ – 24 (60,0%) болни от групата с МС и 28 (69,3%) от групата с МС и придружаващи заболявания. Като „много добро“ са оценили здравето си 13 (32,5%) от групата с МС, за разлика от 3 (7,7%) от анкетираните с МС и придружаващи заболявания. 2 (5%) от групата с МС са отговорили, че здравето им е „по-скоро лошо, отколкото добро“, за разлика от 8 (20,5%) от пациентите с МС и придружаващи заболявания. Като „отлично“ са оценили здравето си по 1 (2,5%) от пациентите и от двете групи, а като „лошо“ – нито един. Анализът

показва, че няма статистически значими разлики в отговорите на двете групи по отношение на този въпрос (При Т-тест $p > 0,05$). Резултатите от статистическата обработка на данните чрез Т-тест са показани на таблица 28.

	Тест на Левин		Т-тест						
	F	p	t	df	p	Разлика на ср. аритм.	Разлика SE	95% доверителен интервал	
								От	До
При равни дисперсии	0,000	0,000	-,451	15	,658	-,188	,416	-1,073	,698
Без равни дисперсии			0,000	0,000	0,000	-,188	0,000	0,000	0,000

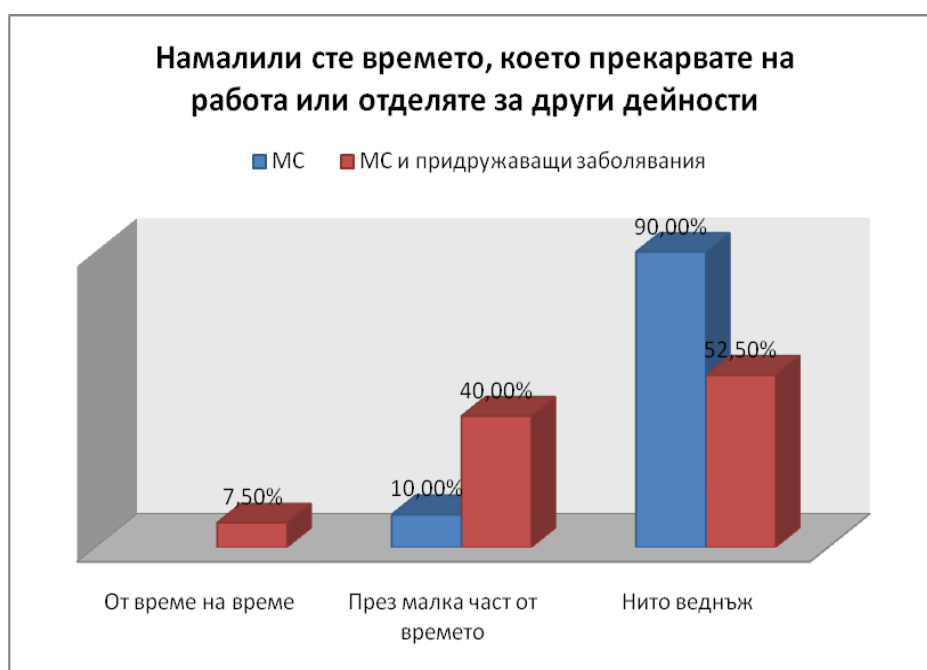
Таблица 28. Сравнение чрез Т-тест на общата оценка на здравето между пациентите с МС и тези с МС и коморбидност

На въпрос 3.2 (Умерени дейности, като преместване на маса, чистене с прахосмукачка, работа в градината или каране на колело) нито един от анкетираните с МС не е отбелязал, че е „доста ограничен“ в извършването на енергични дейности спрямо 1 болен от другата група. 32 от болните с МС са отбелязали, че „изобщо нямат“ ограничение, за разлика от 17 от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 36.



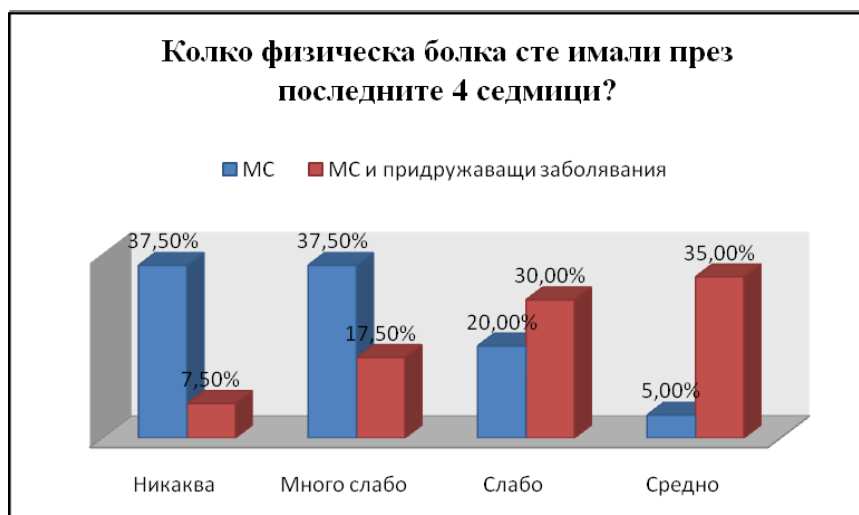
Фигура 36. Разпределение по критерии умерени дейности, като преместване на маса, чистене с прахосмукачка, работа в градината или каране на колело

На въпрос 5.1 (Намалили сте времето, което прекарвате на работа или отделяте за други дейности?) „нито веднъж“ са отбелязали 36 от анкетираните с МС спрямо 21 от другата група. „През малка част от времето“ са отбелязали 4 болни от групата с МС спрямо 16 от другата група. Нито един не е отговорил „от време на време“ от групата с МС, докато в другата група 3 болни са дали този отговор. Това е показано в процентно разпределение на фигура 37.



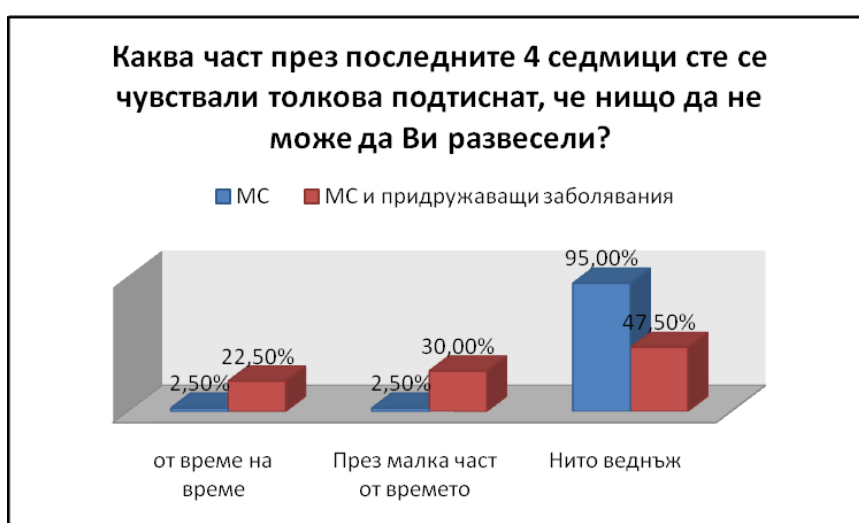
Фигура 37. Намалили сте времето, което прекарвате на работа или отделяте за други дейности

На въпрос 7 (Колко физическа болка сте имали през последните 4 седмици?) отговор „никаква“ са отбелязали 15 от анкетираните с МС, в сравнение с 3 от анкетираните с МС и коморбидност. Прави впечатление, че 2 от анкетираните с МС са отбелязали „средно“, за разлика от 14 от другата група. 4 от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали, че изпитват „много“ болка, в сравнение с нито един от другата група. Това е показано в процентно разпределение на фигура 38.



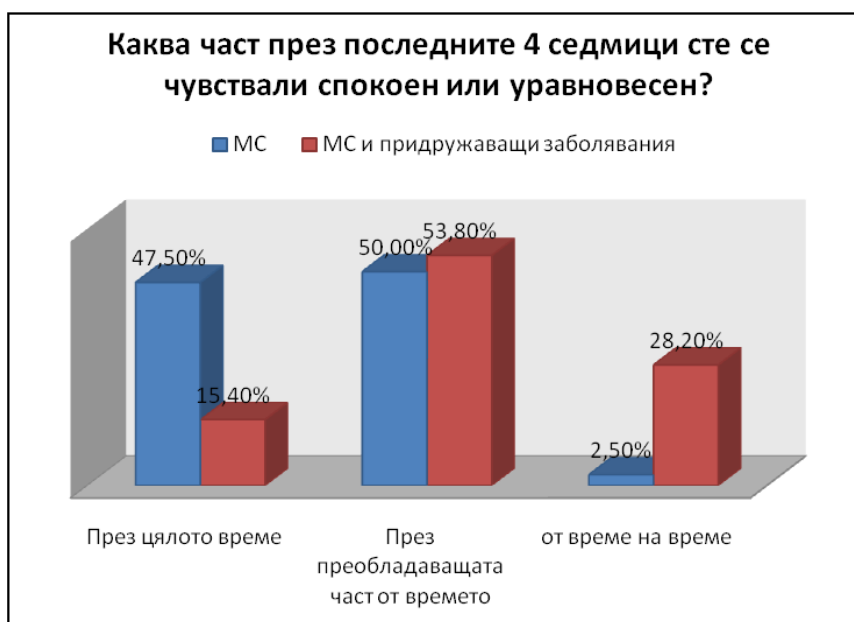
Фигура 38. Колко физическа болка сте имали през последните 4 седмици

На въпрос 9.3 (...Сте се чувствали толкова подтиснат, така че нищо не може да Ви развесели?) прави впечатление, че отговор „нито веднъж“ са отбелязали 38 от анкетираните с МС спрямо 19 от тези с МС и коморбидност. „През малка част от времето“ е отбелязал един анкетиран от групата с МС, докато от другата група 12 болни са отбелязали този отговор. От първата група 1 болен е отбелязал „от време на време“ спрямо 9 в другата група. И в двете групи липсват отговори „през преобладаващата част от времето“ и „през цялото време“. Това е показано в процентно разпределение на фигура 39.



Фигура 39. През каква част през последните 4 седмици сте се чувствали толкова подтиснат, че нищо да не може да Ви развесели

На въпрос 9.4 (...Сте се чувствали спокоен и уравновесен?) се вижда, че „през цялото време“ са отбелязали 19 от анкетираните с МС, докато от групата с МС и коморбидност – 6 болни. От групата с МС 20 болни са отбелязали „през преобладаващата част от времето“ спрямо 22 от другата. „От време на време“ е отбелязал 1 от анкетираните с МС, а в другата група – 11. Прави впечатление, че 1 от анкетираните с МС и коморбидност през „малка част от времето“ се е чувствал спокоен и уравновесен, за разлика от нито един от пациентите в другата група. И в двете групи липсват отговори „нито веднъж“. Това е показано в процентно разпределение на фигура 40.



Фигура 40. През каква част през последните 4 седмици сте се чувствали спокоен или уравновесен

На въпрос 9.6 (...Сте се чувствали нещастен и тъжен?) прави впечатление, че отговор „нито веднъж“ са отбелязали 16 (40%) от анкетираните с МС в сравнение с 1 (2,5%) от другата група. 22 (55%) от анкетираните от групата с МС са отбелязали „през малка част от времето“, спрямо 26 (65%) в другата група. Видно е, че отговор „от време на време“ са отбелязали 2 (5%) от болните с МС докато в групата с МС и коморбидност – 13 (32,5%). И в двете групи липсват отговори „през преобладаващата част от времето“ и „през цялото

време“. Анализът на резултатите показва статистически значима разлика между двете групи (При Т-тест $p < 0,05$) (Таблица 29).

	Тест на Левин		Т-тест						
	F	p	t	df	p	Разлика на ср. аритм.	Разлика SE	95% доверителен интервал	
								От	До
При равни дисперсии	144,350	0,000	3,787	63	0,000	,483	,128	,228	,738
Без равни дисперсии			5,164	56,954	0,000	,483	,094	,296	,670

Таблица 29. През каква част през последните 4 седмици сте се чувтвали нещастен и тъжен

На въпрос 10 (За последните 4 седмици през каква част от времето Вашето физическо здраве или емоционални проблеми са пречили на социалните Ви контакти?) двама (5,4%) от анкетираните с МС са отбелязали, че „от време на време“ здравето им и емоционалните проблеми са влияели върху социалните им дейности, докато от другата група този отговор са посочили 15 болни (37,5%). „През малка част от времето“ са влияели при 15 (37,8%) болни от първата група и при 17 (42,5%) от другата. Вижда се, че „нито веднъж“ не са пречили на социалните контакти при 22 (56,8%) от анкетираните с МС и при 6 (15%) от тези с МС и коморбидност. Двама (5%) от анкетираните с коморбидност са отбелязали „през преобладаващата част от времето“ спрямо нито един от другата група. И в двете групи липсват отговори „през цялото време“. Анализът на резултатите показва статистически значими различия по отношение на отговорите, дадени от изследваните две групи пациенти (При Т-тест $p < 0,05$) (Таблица 30).

	Тест на Левин		Т-тест						
	F	p	t	df	p	Разлика на ср. аритм.	Разлика SE	95% доверителен интервал	
								От	До
При равни дисперсии	11,966	,001	2,639	56	,011	,326	,124	,079	,574
Без равни дисперсии			2,672	55,925	,010	,326	,122	,082	,571

Таблица 30. За последните 4 седмици през каква част от времето Вашето физическо здраве или емоционални проблеми са пречили на социалните Ви контакти

5. ОБСЪЖДАНЕ

5. 1. КОМОРБИДНОСТ ПРИ БОЛНИТЕ С МС

Данните от статистическия анализ на нашите резултати показват наличието на връзка между качеството на живот на болните с МС и придружаващата заболяемост. Касае се за общо 463 отделни болестни единици, обединени в 19 основни групи заболявания. Анализът на достъпната ни научна литература недвусмислено показва затруднена съпоставимост на резултатите, получени от отделните автори, предвид впечатлението за известна фрагментарност и еднопосочност на клиничните резултати в преобладаващия брой изследвания. Налага се убеждението за непълнотите и противоречията в проблемния кръг, както и необходимостта от проучвания в специализирани болнични центрове върху това социално значимо заболяване. Целта, поставена пред настоящата работа, бе именно да се проведе комплексно изследване на придружаващите заболявания на пациенти с МС и на влиянието както на самото заболяване, така и на свързаните с него соматични и психични нарушения върху индивидуалното качество на живот на болните.

Получените от нас резултати показват, че придружаващите заболявания са сравнително чести при болните с МС. Болните с едно или повече придружаващи заболявания преобладават сред целия контингент от болни с МС през анализирания период – общо 217 (76 мъже и 141 жени) (64,78% от случаите). Касае се за значителен брой от общо 463 случая на различни болестни единици, разпределени в общо 19 групи заболявания. При мъжете се диагностицират 148 (31,97%) придружаващи заболявания, а при жените – 315 (68,03%) заболявания. Най-често се срещат неврологични заболявания – с кумулативна честота от 135 индивидуални случая (29,16%), следвани от сърдечно-съдовите заболявания – с 81 случая (17,49%), стомашно-чревните заболявания – с 32 случая (6,91%), ендокринните заболявания – с 27 случая (5,83%), ревматичните заболявания – с 24 случая (5,18%) и ортопедичните заболявания – с 22 случая (4,75%). Съотношението на коморбидността спрямо пола между жени и мъже е 2:1. Както изтъкнахме, данните от световната литература показват затруднена съпоставимост на резултатите, получени от отделните автори, предвид впечатлението за известна фрагментарност и еднопосочност на клиничните резултати в преобладаващия брой изследвания, които не покриват изцяло видовете коморбидност в нашия изследван контингент болни с МС в Североизточна България.

R. A. Marrie и съавт. (2013а) установяват, че при следните заболявания се открива по-висока болестност сред болните с МС, отколкото сред населението като цяло: епилепсия (4,12% спрямо 1,12%), възпалителни заболявания на дебелото черво (0,78% спрямо 0,65%), синдром на дразнимото черво (12,2% спрямо 6,80%) и мигрена (23,0% спрямо 16,5%), а при хронична белодробна болест е сходна в двете изследвани групи (15,6% спрямо 14,4%). И. Стефанова (2013) описва, че сред контингента от изследвани болни с епилепсия, коморбидност с МС се среща при 10 болни (0,6%).

Коморбидността при изследваните от нас пациенти се появява най-често в периода до 10 г. след поставяне на диагнозата МС, което съвпада с данните от литературата (R. A. Marrie и съавт., 2011). При анализа на нашия контингент

установяваме, че във възрастовата група между 45 и 59 години се откриват общо 193 (41,68%), в младата и най-творческа възраст (между 20 и 44 години) – 165 (35,64%), а във възрастта над 60 години – 105 (22,68%) придружаващи заболявания, което съответства на резултатите, получени от R. A. Martie и съавт. (2011). Относителният дял на придружаващи заболявания е най-висок във възрастовия диапазон от 45-59 г., което съвпада с данните от литературата (O. Pinhas-Hamiel и съавт., 2015).

Придружаващите заболявания се появяват както преди началото на МС – 79 (17,06%) случая при мъжете и 152 (32,83%) случая при жените), така и при налична МС – 69 (14,90%) случая при мъжете и 163 (35,21%) случая при жените. Тази особеност на протичането на МС поставя въпроса за несъмнената взаимна етиопатогенетична връзка между МС и придружаващата я заболяемост.

Нашите резултати са подобни на тези, които са публикувани напоследък в достъпната чуждестранна литература по отношение на голямото разнообразие на придружаващи заболявания при болните с МС.

С най-висока честота сред изследваните от нас болни с МС и придружаващи заболявания са неврологичните (29,16%), сърдечно-съдовите (17,49%), гастроентерологичните – стомашно чревни и чернодробни (6,91%) и ендокринологичните. Това вероятно е във връзка с демографските фактори на изследвания от нас контингент.

Неврологични заболявания

Дисковата патология в шиен и лумбален отдел е най-честа сред неврологичните придружаващи заболявания независимо от пола. Разпределението на придружаващите заболявания спрямо възрастта на изследвания контингент е сходно с оглед на пола. По-често се засяга шийния отдел на гръбначния стълб. Нашите резултати съвпадат с тези, описани в литературата (A. E. Mullen и съавт., 2012; L. A. Tan и съавт., 2014).

Сирингомиелия е диагностицирана при един (0,46%) от пациентите. Приема се, че кухинните образувания по-вероятно са последица от

патологичните изменения на гръбначния мозък при МС, отколкото съпътстваща находка при тези болни (К. Weier и съавт., 2008). Резултатите от национално проучване в Япония през 2009 г. показват, че амбулаторната болестност от сирингомиелия възлиза на 1,94/100000 (К. Sakushima и съавт., 2012), докато относителният дял на болните с безсимптомна сирингомиелия е 22,7%. В България честотата на сирингомиелия е средно 8,4 случая на 100 000 души. В рамките на едногодишно проследяване на 202 болни с МС, К. Weier и съавт. (2008) диагностицират девет болни с некомуникираща сирингомиелия (при 4,46% от случаите). При изследвания от нас контингент е налице само един болен с МС и сирингомиелия, вероятно във връзка с ниската честота на заболяването в страната.

Сърдечно-съдови заболявания

Групата на сърдечно-съдовата коморбидност е втора по честота сред изследваните пациенти. При болните с МС е налице повишен относителен риск за развитие на сърдечно-съдово заболяване (Н. Roshanisehat и съавт., 2014). Сърдечно-съдовите заболявания са значително по-често срещани при мъжете – 20,95%, което може да се обясни с известната по-висока честота на някои рискови фактори при тях, в т. ч. по-интензивния физически труд, който полагат.

Р. А. Marrie и съавт. (2013c, 2015f) провеждат анализ на популационни изследвания, реферирани в базите-данни *PubMed*, *EMBASE*, *SCOPUS* и *Web of Knowledge*, на цитираната литература в тези публикации и на сборниците с доклади на научни форуми. Според тези автори болестността от артериална хипертония и хиперлипидемия при болните с МС е над 10% и нараства с възрастта, докато общата болестност от исхемична болест на сърцето, застойна сърдечна недостатъчност и мозъчен инсулт е под 5%. При изследваните от нас болни с МС и придружаваща сърдечно-съдова патология артериалната хипертония и хиперлипидемия, взети заедно, се срещат с относително висока честота – в 24,42% от случаите, вероятно във връзка с начина на живот на нашите пациенти. Тези данни при нашия специфичен контингент представляват интерес и във връзка с известната висока честота на сърдечно-съдовите

заболявания в страната и предполагат подробно проучване и анализ в бъдеща работа.

Е. Jadidi и съавт. (2013) установяват честота на миокардния инфаркт от 1,85, на сърдечната недостатъчност – от 1,97, на предсърдното мъждене/трептене – от 0,63 и на мозъчния инсулт – от 1,71 спрямо лицата без МС.

Гастроентерологични заболявания

Гастроентерологичните заболявания (стомашно-чревни и чернодробни) са трети по честота (6,91%) сред изследвания от нас контингент. Установената патология е вероятно обусловена от провеждането на терапия с кортикостероиди и медикаменти, модулиращи клиничния ход на МС. S. Rodrigues и съавт. (2010) представят болни с пристъпно-ремитентна форма на МС, при които улцерозният колит възниква след лечение с интерферон. Редица други автори също съобщават за развитието на хроничен улцерозен колит след проведено лечение с интерферон (J. D. Pandian и съавт., 2004; Y. Tuna и съавт., 2010; B. S. Pokorny и съавт., 2007; E. Schott и съавт., 2007).

M. T. Ferrò и съавт. (2008) представят 19-годишна болна с МС, при която 14 месеца след диагностицирането на заболяването се развива остър хепатит.

S. Singh и съавт. (2012) приемат, че напоследък МС се среща все по-често при болните с възпалителни заболявания на дебелото черво. Според R. F. Pfeiffer (2010), гастроинтестиналната дисфункция се среща при болните с МС и други неврологични заболявания. Напоследък се приема, че автономната дисфункция на правото черво при болните с МС настъпва вторично вследствие на увреждане на гръбначния мозък (G. Preziosi и съавт., 2013; G. Preziosi и съавт., 2014).

Честотата на стомашно-чревните заболявания, описана в литературата, е сходна и при двата пола (мъже 7,08%, жени 7,30%). Чернодробната патология при мъжете – 5,41% е значително по-висока спрямо при жените – 2,54%, вероятно свързана с хода на протичане на МС, провежданата терапия и вредните навици. Редица автори съобщават за автоимунен хепатит при болни с

МС (J. de Seze и съавт., 2005; C. Corrieri-Baizeau и съавт., 2004; A. Takahashi и съавт., 2008).

Е. Gavalas и съавт. (2015) описват присъствие на различни автоимунни заболявания, сред които – улцерозен колит и хипотиреоидизъм, при болните с МС. При тях е налице и тенденция към по-висока честота на различни патологични ендоскопски находки – хиатална херния, Баретов хранопровод и язвена болест на дуоденума.

Ендокринологични заболявания

Най-честата патология от тази група при изследваните от нас пациенти с МС са дифузна струма (3,22%), нодозна струма (0,46%), постоперативен хипотиреоидизъм (1,84%), аденом на щитовидната жлеза (1,38%), автоимунен тиреоидит (0,46%) и захарен диабет II тип (4,60%). При жените (6,98%) патологията е по-често срещана, отколкото при мъжете (3,38%). Преобладава автоимунният механизъм на увреда на щитовидната жлеза при МС (S. V. Ramagopalan и съавт., 2007; M. Buhse и съавт., 2014; R. Dobson и G. Giovannotti, 2013; R. A. Marrie и съавт., 2012a). Някои автори свързват тиреоидния автоимунитет и дисфункцията на щитовидната жлеза с провежданото лечение с интерферон независимо от дозата на препарата и честотата на назначаването му (G. Frisullo и съавт., 2014). M. Rotondi и съавт. (2011) оценяват ефектите на интерферон-бета и на глатирамер ацетат самостоятелно или в съчетание с TNF- α върху секрецията на хемокина CXCL10, известен с патогенетичната роля, която играе при МС и автоимунните заболявания на щитовидната жлеза, в първични култури от тиреоцити. Само интерферон-бета предизвиква значими и дозо-зависими повишения на секрецията на CXCL10. TNF- α повишава синергично секрецията, индуцирана от интерферон-бета. Така се обяснява появата на автоимунни заболявания на щитовидната жлеза по време на лечението на МС с интерферон-бета.

О. Pinhas-Hamiel и съавт. (2015) установяват, че честотата на захарния диабет от тип 2 е 11% при болните с МС. При нашето проучване установихме честота на захарния диабет от тип 2 от 4,60% при болните с МС, което вероятно

се свързва с по-ниското ниво на физическата активност при тези болни и провежданата терапия с кортикостероиди (А. J. Dallmeijer и съавт., 2009).

Остеопения и остеопороза

Честотата на нарушенията в костната структура при нашите пациенти с остеопения е 0,89%, а с остеопороза – 2,9%, като преобладават жените (90%). Редица автори считат, че ниската костна минерална плътност се дължи на инсуфициенция на вит. D (I. Coskun Benlidayi и съавт.; 2015; С. Sioka и съавт., 2009), провежданото лечение с кортикостероиди (А. Olsson и съавт., 2015). Липсата на физическа активност и намаленото механично натоварване върху костите са основните фактори, които допринасят за развитието на остеопороза при болните с МС (S. Gupta и съавт., 2014). Ниските нива на вит. D и употребата на различни лекарствени средства (глюкокортикостероиди и противогърчови средства) също водят до намаляване на костната маса при това заболяване (А. Kirbas и съавт., 2013), Ayatollahi, 2013; М. Т. Bazelier и съавт., 2012а; М. Т. Bazelier и съавт., 2011). Ние също свързваме тази патология с горепосочените фактори.

Очни заболявания

При изследваните от нас пациенти се регистрираха: оптичен неврит (5 пациента - 2,30%), глаукома (1 пациент - 0,46%), увеит (2 пациента - 0,92%) и с миопия (2 пациента - 0,92%) с ниска честота. Редица автори описват увеит в коморбидност с МС (W. Messenger и съавт., 2015; А. Langer-Gould и съавт., 2010). По отношение на оптичния неврит честотата, която сме установили е малка, тъй като същият в голяма част от случаите е описан като първи/пореден пристъп на основното заболяване. Подобни резултати са докладвани от D. J. Kimbrough и съавт. (2015); М. Т. Bazelier и съавт. (2012в).

Психични заболявания

При 4,78% от изследваната от нас група установихме следните психични заболявания: рецидивиращо депресивно разстройство, биполарно афективно разстройство, конверзионно разстройство и др. Придружаващите психични заболявания са установени от множество автори (R. A. Marrie и съавт., 2013в; R.

A. Marrie и съавт., 2009; R. A. Marrie и съавт., 2015c; R. A. Marrie и съавт., 2015e и др.). При нас по-ниската честота на документиране на тези заболявания вероятно е във връзка с това, че пациентите не провеждат системно консултации със специалисти психиатри, не обръщат внимание или не осъзнават психичните си проблеми.

Урологични заболявания

Пиелонефрит (7 болни) и нефролитиаза (8 болни) се срещат при 5,07% от изследваните от нас пациенти. L. Rached и съавт. (2011) проучват уролитиазата при 49 болни с МС и установяват, че бъбречните камъни се дължат предимно на възходяща инфекция на пикочните пътища и пиелонефрит. Допускаме, че причината за наличието на тази патология при нашите пациенти е сходна.

5.2. КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ БОЛНИТЕ С МС

Индивидуалното качество на живот е анализирано с помощта на два въпросника – MSQoL-54 и SF-36, при общо 80 от нашите болни, 56 жени и 24 мъже. При 40 болни се касае само за МС, а при други 40 болни – за МС и едно или повече придружаващи заболявания. Тези болни са подбрани на базата на сходството в оценките на EDSS.

Определен интерес представляват съществуващите честотни разлики по отношение на характеристиките на отделните показатели на индивидуалното качество на живот (т. е. на абсолютния брой и относителния дял на отговорите на отделните въпроси от страна на анализирания болни) между двете групи – болните само с МС и тези с МС и придружаващи заболявания.

Въпросникът MSQoL-54 позволява да се открият голям брой конкретни описания на качеството на живот при болните с МС, при което отговорите диференцират различни степени на изразеност на отделния показател.

В нашето проучване обърнахме основно внимание върху влиянието на коморбидността върху конкретните показатели на свързаното със здравето индивидуално качество на живот на болните с МС. Според 13 болни само с МС

(32,50% от случаите) и според 3 болни с МС и придружаващи заболявания (7,50% от случаите), тяхното здраве се самооценява като „много добро“. Разликите в процентното разпределение вероятно се дължат на факта, че придружаващите заболявания влияят негативно на самооценката на изследваните за тяхното здраве.

При нашите болни, в сравнение с периода преди една година, понастоящем 10 болни само с МС (25% от случаите) и 22 болни с МС и придружаващи заболявания (55% от случаите) са доста ограничени при извършването на различни енергични дейности. Подобно е положението и по отношение на липсата на затруднения при умереното натоварване на болните в ежедневието – при 32 болни (при 80%) в първата и при 16 болни (при 40% от случаите) във втората група. Малко, но достатъчно изразени ограничения при навеждането, колениченето и превиването изпитват 10 болни (25%) в първата и 22 болни (55% от случаите) във втората група. Физическото натоварване играе по-важна роля върху оценката на качеството на живот при жените, отколкото при мъжете ($p < 0,01$) (S. Twork и съавт., 2010). При изследване на нашия контингент получаваме същите резултати, вероятно във връзка с половото физическо различие.

Общо 15 болни в първата група (37,50%) и 27 болни (67,50% от случаите) във втората група изпитват доста ограничения при ходенето на разстояние от 1 км. Общо 24 болни (60%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група изобщо не изпитват ограничения при ходенето на разстояние само от няколко блока (пресечки). За малко, но достатъчно изразени ограничения при ходене на разстояние от само един блок (една пресечка) съобщават девет болни (22,50%) във втората и само един болен (2,50% от случаите) в първата група. Вероятно по-изразените ограничения по отношение на изминатото разстояние от пациентите в групата с МС и коморбидност се дължат на влиянието на придружаващите заболявания върху този показател.

Според S. Twork и съавт. (2010), 46,6% от болните с МС не изпитват ограничения при вървенето на разстояние от 1 км, а 21,1% – на разстояние от

100 м ($p<0,01$). При нашите болни 27% от тези от групата с МС не изпитват ограничения при вървенето на разстояние от 1 км., спрямо 5,2% от тези с МС и коморбидност. По отношение на ограничението при вървене на разстояние 100 м. 97,5% от болните в групата с МС не изпитват ограничение, спрямо 76,90% от болните от групата с МС и коморбидност. Различието в резултатите ни вероятно се дължи на множеството и естеството на придружаващите заболявания при изследвания от нас контингент, както и на определената степен на тежест на МС според EDSS в нашите групи. Buhse и съавт. (2014) установяват, че 56% от болните с МС могат да се придвижват без чужда помощ на разстояние от поне 20 ярда (18,29 м). Нашите изследвани болни и в двете групи в 100% от случаите се придвижват без чужда помощ на такова разстояние, което е вероятно свързано с тежестта им на инвалидизация (EDSS=2.5).

Двама болни (5%) в първата и девет болни (22,50% от случаите) във втората група споделят, че са ограничени по отношение на естеството на работата си или други дейности. Пет болни (12,50%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група съобщават, че извършват по-малко работа, отколкото биха искали, поради заболяването (заболяванията) си. Пет болни (12,50%) в първата и 15 болни (37,50% от случаите) във втората група се оплакват, че изпълняват възложената им работа по-невнимателно, отколкото са го правили обикновено. Тези особености също могат да се свържат с вида на придружаващите им заболявания, тяхната давност и специфичност и влиянието им върху физическото и психическото състояние.

Според 22 болни (55%) в първата и четири болни (10% от случаите) във втората група през последните четири седмици тяхното физическо здраве или емоционални проблеми не влияят върху нормалните им социални дейности в семейството, с приятелите, със съседите или в други среди. Според трима болни (7,50%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група през последните четири седмици тяхното физическо здраве или емоционални проблеми влияят върху социалните им дейности в продължение на известно

време, според 14 болни (35%) в първата и 20 болни (50% от случаите) във втората група влияят само за кратко време, докато според 22 болни (55%) в първата и пет болни (12,50% от случаите) във втората група – изобщо не влияят. Вероятно тези факти са във връзка с отражението на по-увреденото им физическо състояние върху емоционалното им такова.

Никаква физическа болка през последните четири седмици не са изпитвали 15 болни (37,50%) в първата и само три болни (7,5% от случаите) във втората група, докато двама болни в първата група (5%) и 14 болни (35% от случаите) във втората съобщават за средно силна. Физическата болка през последните четири седмици не влияе върху работата на 24 болни (60%) в първата и на 10 болни (25% от случаите) във втората група. Според Fiest и съавт. (2015) силна физическа болка изпитват 54,5% от болните с МС и придружаващи заболявания и 30,7% от тези без коморбидност. При това този процент е по-голям при болните с по-голям брой придружаващи заболявания. Най-често се касае за следните три заболявания: фибромиалгия, периферна съдова болест и ревматоиден артрит. 10% от анкетираните с МС и коморбидност са отбелязали, че изпитват много болка, докато в другата група – 0%. И в нашето проучване този процент е по-висок при болните с по-голям брой придружаващи заболявания. Най-често се касае за комбинация на шийна спондилоза и остеохондроза, шийна радикулопатия и гастроезофагеална рефлуксна болест.

Нито веднъж не са се чувствали изнервени 21 болни (52,50%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са се чувствали толкова потиснати, че нищо не може да ги разведри, 37 болни (92,50%) в първата и 17 болни (42,50% от случаите) във втората група. Един болен (2,50%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората група са се чувствали потиснати за кратко време. Според нас причината за това пациентите от групата с МС и коморбидност да се чувстват по-изнервени и по-подтиснати от тези в другата група се дължи на влиянието на разнообразната коморбидност, съчетана с основното заболяване.

Нито един болен в първата и трима болни (7,50%) във втората група са се чувствали мрачни и обезсърчени доста време, двама болни (55%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група – само понякога, а 24 болни (60%) в първата и само трима болни (7,50% от случаите) във втората група – нито веднъж.

Нито веднъж не са се чувствали изхабени 36 болни (90%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група, а за кратко време – двама болни (5%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група.

Нито един болен в първата и шест болни (15%) във втората група са се чувствали изморени доста време, 10 болни (25%) в първата и 24 болни (60% от случаите) във втората група – само понякога, а 28 болни (70%) в първата и осем болни (20% от случаите) във втората група – само за кратко време.

По-изразената умора и чувство на изхабеност в групата с МС и коморбидност може да се дължи както на основното заболяване, така и на комбинацията от различните придружаващи заболявания и влиянието им върху емоционалното състояние.

Пет болни (12,50%) в първата и 15 болни (37,50% от случаите) във втората група считат, че твърдението „Аз съм здрав колкото всеки друг, когото познавам“, е повече грешно, а три болни (7,50%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група – че е определено грешно. Общо 20 болни (50%) в първата и шест болни (15% от случаите) във втората група смятат, че твърдението „Здравето ми е отлично“ е вярно, а девет болни (22,50%) в първата и 18 болни (45% от случаите) във втората група – че това твърдение е повече грешно. Болните от групата с МС и коморбидност като цяло оценяват здравето си като по-лошо отколкото пациентите в другата група, което може да се дължи на влиянието на придружаващите заболявания върху физическото и психичното им здраве.

Нито веднъж не са били обезкуражени от проблемите със здравето им 26 болни (65%) в първата и осем болни (20% от случаите) във втората група, а понякога – съответно трима болни (7,50%) в първата и 13 болни (32,50% от

случаите) във втората група. Нито веднъж не са се тревожили от състоянието си 14 болни (35%) в първата и само един болен (2,50% от случаите) във втората група, а понякога – съответно четири болни (10%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са били сломени от проблемите със здравето им 36 болни (90%) в първата и 23 болни (57,50% от случаите) във втората група, а за кратко време – съответно четири болни (10%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група. Всички гореизброени резултати по отношение на въпросите за подтиснатост, изнервеност, умора, обезкуражение, изтощеност, преценката им за собственото им здраве при групата пациенти с МС и коморбидност вероятно се дължат на голямото разнообразие и честота на придружаващите заболявания в същата.

Нито веднъж не са имали проблеми с концентрацията и мисловните дейности 22 болни (55%) в първата и осем болни (20% от случаите) във втората група, а понякога – съответно един болен (2,50%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората. Нито веднъж не са имали проблеми със задържане на вниманието върху определени дейности за по-дълго време 21 болни (52,50%) в първата и шест болни (15% от случаите) във втората група, а понякога – съответно три болни (7,50%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са имали проблеми с паметта 32 болни (80%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората група, понякога – двама болни (5%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група, а за кратко време – пет болни (12,50%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група. Горепосочените резултати свързваме с вероятното влиянието на коморбидността при тези пациенти върху концентрацията, паметта и мисловната дейност на същите.

През последните години се появиха редица проучвания, при които се използват по няколко въпросника за оценка на свързаното със здравето качество на живот при болните с МС, което доказва медико-социалната значимост на тази проблематика.

К. Baumstarck-Barrau и съавт. (2011) прилагат следните скали за оценка на качеството на живот и когнитивните функции при 124 болни с МС: EDSS, BDI, SF-36, MusiQoL и BRB-N. Нарушения в когнитивните функции се откриват при 37-78% от болните с МС. Установява се, че семейното положение на болните, EDSS и депресията са независими прогностични фактори за качеството на живот на болните с МС. При нашия изследван контингент с въпросниците MSQoL-54 и SF-36 установяваме, че семейното положение на болните, EDSS и депресията са независими прогностични фактори за качеството на живот на болните с МС, както и на тези с МС и коморбидност.

Според 24 болни (60%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група през последните четири седмици усещането за болка не влияе върху радостта им от живота. Считаме, че вероятно това в немалка степен се дължи на неблагоприятното влияние на придружаващите им соматични заболявания.

Общо 11 болни (27,50%) в първата и четири болни (10% от случаите) във втората група оценяват качеството си на живот с оценка „8“; общо 15 болни (37,50%) в първата и пет болни (12,50% от случаите) във втората група – с оценка „7“; общо шест болни (15%) в първата и шест болни (15% от случаите) във втората група – с оценка „6“, а общо четири болни (10%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група – с оценка „5“. Тези резултати най-вероятно са в отговор на комплексно субективното усещане на изследваните пациенти от двете групи, породено от комбинацията на нивото на физическа инвалидизация, наличната коморбидност и емоционален статус на изследваните.

Само пет болни (12,50%) в първата и само един болен (2,50% от случаите) във втората група отбелязват, че са удовлетворени, а 21 болни (52,50%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група – че са доволни от живота си като цяло. Общо 15 жени (37,50%) в първата и четири жени (10% от случаите) във втората група са доволни от живота си като цяло, като това различие е статистически достоверно.

Нарушените сексуални възможности при изследваните от нас пациенти оказват негативно влияние върху качеството им на живот. 0% от групата болни с МС са „много незадоволени“ от сексуалните си възможности, докато в групата с МС и придружаващи заболявания 7,5% от мъжете и 0% от жените се оценяват като „много незадоволени“. Прави впечатление, че при мъжете нарушените сексуални възможности оказват по-негативно влияние върху качеството им на живот отколкото върху това на жените. S. Twork и съавт. (2010) оценят качеството на живот при болни с МС чрез въпросника MSQoL-54 и установяват, че нарушената сексуалната активност при жените оказва по-негативно влияние върху качеството им на живот спрямо тази на мъжете. Възможно е различията в резултатите по отношение на пола да се дължат на наличните придружаващи заболявания в групата болни с МС и коморбидност.

С помощта на въпросника SF-36 се долавят някои общи характерни особености на индивидуалното качество на живот при болните с различни хронични заболявания, като отговорите спрямо отделните въпроси също разграничават няколко степени на изразеност на съответния показател.

Ние установяваме известно сходство с данните от използването на въпросника MSQoL-54 както по отношение на формулировката на самите въпроси, така и на броя и относителния дял на отговорите от страна на нашите болни само с МС и на тези с МС и придружаващи заболявания.

По отношение на извършването на енергични дейности като бягане, вдигане на тежки предмети и участие в силови спортове 9 болни (22,50%) в първата и 23 болни (57,50% от случаите) във втората група казват, че са доста ограничени, докато 7 болни (17,50%) в първата и само един болен (2,50% от случаите) във втората група изобщо нямат ограничения. Общо 32 болни (80%) в първата група и 17 болни (42,50% от случаите) във втората група изобщо нямат ограничения при извършването на умерени дейности като преместване на маса, чистене с прахосмукачка, работа в градината или каране на колело. Общо седем болни (17,50%) в първата и 17 болни (42,50% от случаите) във втората група се затрудняват малко, но достатъчно при изкачване на един етаж стълби, докато

16 болни (40%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група изобщо не се затрудняват при изкачване на един етаж стълби. Установените резултати могат да се свържат с физическата инвалидизация от наличната соматичната коморбидност при тези болни, както и на тежестта им на основното заболяване, оценено с EDSS.

Общо 15 болни (37,50%) в първата и 27 болни (67,50% от случаите) във втората група са доста ограничени при вървенето на разстояние повече от един километър, докато 10 болни (25%) в първата и само двама болни (5% от случаите) във втората група нямат такова затруднение. За малко, но достатъчно ограничение при вървенето на разстояние от няколко метра съобщават 14 болни (35%) в първата и 24 болни (60% от случаите) във втората група, докато 25 болни (62,50%) в първата и 10 болни (40% от случаите) във втората група изобщо не са ограничени в тази дейност. По-изразеното ограничение по отношение на вървенето на разстояние повече от един километър сред пациентите във втората група може да е свързано с придружаваща неврологична патология в шиен и лумбален отдел, както и на налични фрактури на долни крайници. Като причина по отношение на същия показател в групата болни само с MC може да се обсъжда тежестта на инвалидизация на основното заболяване, оценено по EDSS.

Общо 29 болни (72,50%) в първата и 17 болни (42,50% от случаите) във втората група съобщават, че винаги са успявали да свършат работата, колкото биха искали, докато пет болни (12,50% от случаите) във втората група и нито един болен в първата група споделят, че през преобладаващата част от времето са успявали да свършат по-малко работа, отколкото биха искали. Нито веднъж не са били ограничени по отношение вида на работата или други дейности 37 болни (92,50%) в първата и 21 болни (52,50% от случаите) във втората група, а само през малка част от времето – само двама болни (5%) в първата и 8 болни (20% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са имали трудности при извършване на работата си или други дейности 34 болни (85%) в първата и 19 болни (47,50% от случаите) във втората група, само през малка част от времето

– пет болни (12,50%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората група, а само от време на време – нито един болен в първата и четири болни (10% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са намалявали времето, което прекарват на работа или отделят за други дейности, 36 болни (90%) в първата и 21 болни (52,50% от случаите) във втората група, а само през малка част от времето – четирима болни (10%) в първата и 16 болни (40% от случаите) във втората група. Отново прави впечатление, че втората група болни имат по-изразени затруднения в ежедневните дейности, които извършват; отделят по-малко време за тях, отколкото биха желали, което може да се дължи на увеличената физическата инвалидност, предизвикана не само от МС, а и от наличната коморбидност.

Общо 0 болни (0%) в първата и 5 болни (12,50% от случаите) във втората група посочват, че „през по-голямата част от времето“ не са успявали да свършат толкова работа, колкото биха искали, докато общо 29 болни (72,50%) в първата и 17 болни (42,50%) във втората група „нито веднъж“ не са имали проблем свързан с изпълнение на извършването на толкова работа колкото биха искали. Общо 32 болни (80%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група съобщават, че нито веднъж не са изпълнявали възложената им работа или други дейности с по-малко внимание от обикновено, само от време на време – един болен (2,50%) в първата и 14 болни (35% от случаите) във втората група, а през преобладаващата част от времето – нито един болен в първата и седем болни (17,50% от случаите) във втората група. Вероятно фактът, че болните от първата група изпълняват по-голямата част от възложените им задачи с достатъчно внимание е във връзка с наличието само на едно заболяване (в случая на МС), за разлика от изследваните в другата група.

Според 15 болни (57,50%) в първата и 4 болни (10% от случаите) във втората група през последните четири седмици тяхното физическо здраве или емоционални проблеми въобще не са пречили на нормалните им социални контакти със семейство, приятели, съседи или други групи, докато според само

един болен (2,50%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група те са оказвали само умерено влияние. Според двама болни (5%) в първата и 15 болни (37,50% от случаите) във втората група през последните четири седмици тяхното физическо здраве или емоционални проблеми са пречили на социалните им контакти само от време на време, а според 23 болни (57,50%) в първата и шест болни (15% от случаите) във втората група – нито веднъж. И тук в описаните резултати се наблюдава, че при пациентите от втората група физическото им здраве или емоционални проблеми са пречили на нормалните им социални контакти със семейство, приятели, съседи или други групи при по-голям брой от изследваните болни, което може да се свърже и с коморбидността в същата.

Никаква физическа болка през последните четири седмици не са изпитвали 15 болни (37,50%) в първата и само три болни (7,5% от случаите) във втората група, докато двама болни в първата група (5%) и 14 болни (35% от случаите) във втората група съобщават за средно силна физическа болка. Заслужава да се отбележи, че тази самооценка на болните при въпросника SF-36 съвпада напълно със самооценката им при въпросника MSQoL-54. Четири болни (10% от случаите) във втората група се оплакват от много силна болка, докато това оплакване не се среща при нито един болен в първата група. През последните четири седмици болката съвсем не влияе върху нормалната работа на 23 болни (57,50%) в първата и на девет болни (22,50% от случаите) във втората група, а влияе умерено при трима болни (7,50%) в първата и при 16 болни (40% от случаите) във втората група. Във връзка с тези резултати може да се обсъжда негативното влиянието на обострените придружаващи соматични заболявания като причина за наличие на по-силно изразена болка при пациентите в групата с МС и коморбидност.

Нито веднъж не са се чувствали много изнервени 21 болни (52,50%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група, а само от време на време – нито един болен в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са се чувствали толкова подтиснати, така че нищо не

може да ги развесели, 38 болни (95%) в първата и 19 болни (47,50% от случаите) във втората група. Един болен (2,50%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората група са се чувствали подтиснати през малка част от времето, а един болен (2,50%) в първата и девет болни (22,50% от случаите) във втората група – само от време на време. Общо 19 болни (47,50%) в първата и шест болни (15% от случаите) във втората група са се чувствали спокойни и уравновесени през цялото време, а един болен (2,50%) в първата и 11 болни (27,50% от случаите) във втората група – само от време на време.

Нито веднъж не са се чувствали нещастни и тъжни 10 болни (40%) в първата и само един болен (2,50% от случаите) във втората група, а само от време на време – двама болни (5%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група. Нито веднъж не са се чувствали изтощени 30 болни (75%) в първата и осем болни (20% от случаите) във втората група, а само от време на време – двама болни (5%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група, а само през малка част от времето – съответно пет болни (12,50%) в първата и 22 болни (55% от случаите) във втората група. Прави впечатление, че пациентите от втората група, като цяло се чувстват по-изнервени, по-нещастни, подтиснати и тъжни, през по-голяма част от времето, за разлика от при болните в първата група, което вероятно се дължи на комбинацията от тежки заболявания (МС и коморбидност), които влияят несъмнено негативно и на емоционалното състояние на този контингент.

През цялото време са се чувствали щастливи шест болни (15%) в първата и нито един болен във втората група.

През малка част от времето са се чувствали уморени 24 болни (60%) в първата и 12 болни (30% от случаите) във втората група, а само от време на време – 12 болни (30%) в първата и 24 болни (60% от случаите) във втората група. Възможно е коморбидността при втората група болни (особено сърдечно-съдовата и белодробната патология) да оказва негативно влияние и върху умората при този контингент.

G. Flensner и съавт. (2013) използват въпросника за възприетия дефицит (PDQ) и скалата за болничната тревожност и депресия (HAD) за оценка на емоционалния дистрес при болни с МС. Установява се, че умората влияе статистически значимо върху ежедневиия живот на тези болни ($p < 0,001$). При болните, чувствителни спрямо високите температури, самооценката на здравето според SF-36 е достоверно по-лоша в сравнение с тази при болните без такава чувствителност ($3,5 \pm 0,83$ спрямо $3,2 \pm 0,92$; $p = 0,015$).

Само двама болни (5%) в първата и 10 болни (25% от случаите) във втората група смятат, че твърдението „Аз съм толкова здрав, колкото всеки друг, когото познавам“, е определено невярно, а пет болни (12,50%) в първата и 15 болни (37,50% от случаите) във втората група, че това твърдение е по-скоро невярно. Това вероятно е свързано с по-ниската оценка за собственото си здравословно състояние при групата от болни с МС и коморбидност.

Общо 15 болни (37,50%) в първата и трима болни (7,50% от случаите) във втората група смятат, че твърдението „Очаквам здравето ми да се влоши“ е определено невярно, а четири болни (10%) в първата и 13 болни (32,50% от случаите) във втората група – че това твърдение е по-скоро невярно. Общо 12 болни (30% от случаите) във втората и нито един болен в първата група смятат, че твърдението „Здравето ми е отлично“ е определено невярно, а 22 болни (55%) в първата и пет болни (12,50%) във втората група – че това твърдение е по-скоро вярно. Значителна част от пациентите с МС и тези с МС и придружаващи заболявания допускат, че здравето им ще се влоши, което е очаквано, предвид зависимостта между здравословното състояние на индивида и видовете заболявания, от които е диагностициран. Тези, на места противоречиви резултати, ни дават основание да обсъдим, че не винаги само коморбидността оказва влияние върху субективната преценка за тежест на здравословното състояние на тези болни, а и други фактори, сред които някои личностови качества и възгледи.

Следва да се подчертае, че в достъпната ни чуждестранна литература не открихме подробно изложени резултати по отношение на стойностите на

индивидуалните показатели на различните въпросници и скали за субективна оценка на индивидуалното качество на живот при болните с МС и коморбидност. Нашите собствени резултати и обобщените литературни данни показват необходимостта от своевременно прецизно диагностициране, адекватно индивидуализирано лечение и редовно проследяване на придружаващите заболявания при болните с МС. По този начин могат да се минимизират неблагоприятните въздействия на коморбидността при МС не само върху индивидуалното качество на живот, но и върху цялостното здравословно състояние и прогнозата на тези болни.

6. Изводи

1. При съществена част (64,78%) от изследваните болни с МС се установява коморбидност, представена най-често от неврологични, следвани от сърдечно-съдови, стомашно-чревни и ендокринни заболявания. При мъжете (35%) се диагностицират общо 148 (31,96%) придружаващи заболявания (от установени общо 463 болестни единици, разпределени в 19 групи заболявания по системи), а при жените (65%) – общо 315 (68,04%) заболявания от гореспоменатите.
2. При 45% от пациентите с коморбидност е налице повече от едно придружаващо заболяване (от две до седем).
3. И при двата пола сред изследваните болни с МС и коморбидност в най-голям процент са пациентите с тежест на EDSS между 1.5 и 4, като най-голям брой от изследваните жени са с тежест на EDSS 2.5, а най-голям брой от изследваните мъже – с тежест на EDSS 2.
4. Придружаващите заболявания се появяват при мъжете в повечето случаи преди МС, а при жените – след МС.
5. Анкетното проучване с валидизираните въпросници MSQoL-54 и SF-36 показва статистически достоверно неблагоприятното влияние на

придружаващите заболявания върху характеристиките на индивидуалното качество на живот на болните с МС, подбрани на базата на сходството в оценките на EDSS.

6. Проведеният статистически анализ на данните предоставя висока информативност и специфичност на резултатите по отношение оценката на коморбидността и качеството на живот при МС.

7. Приноси

Приносите на настоящото проучване са научно-приложни.

1. За първи път у нас са идентифицирани най-честите придружаващи заболявания при болните с МС, систематизирани в 19 групи заболявания, появили се преди или в хода на това заболяване.
2. За първи път у нас са изследвани характеристиките на индивидуалното качество на живот при болните с МС и коморбидност с помощта на валидизираните въпросници MSQoL-54 и SF-36.
3. Демонстрирано е неблагоприятното влияние на коморбидността върху болните с МС и е обоснована необходимостта от своевременно и адекватно лечение на придружаващите заболявания.
4. Потвърдено е влошаването на индивидуалното качество на живот при болните с МС и придружаващи заболявания.

8. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следва да се подчертае, че в достъпната ни чуждестранна литература не открихме подробно изложени резултати по отношение на стойностите на индивидуалните показатели на различните въпросници и скали за субективна оценка на индивидуалното качество на живот при болните с МС и коморбидност. Нашите собствени резултати и обобщените литературни данни

показват необходимостта от своевременно прецизно диагностициране, адекватно индивидуализирано лечение и редовно проследяване на придружаващите заболявания при болните с МС. По този начин могат да се минимизират неблагоприятните въздействия на коморбидността при МС не само върху индивидуалното качество на живот, но и върху цялостното здравословно състояние и прогнозата на тези болни.

9. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИТЕ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Пълнотекстови публикации

1. Делева Н., А. Капрелян, С. Генева, И. Димитров, К. Стайкова, Н. Ушева, Б. Иванов, Р. Матева, **К. Дренска**. Хипербарна оксигенация при 36 пациенти с пристъпно-ремитентна МС. В: Сборник доклади Юбилейна научна конференция „МБАЛ-Пловдив“, 2007, 8-13.
2. Deleva N.S., Tzoukeva A.J., Kaprelyan A.G., **Drenska K.V.** Multiple sclerosis associated with anaemic syndrome: a retrospective analysis and literature review.- *J of IMAB*, 2012, 18(1): 203-205.
3. **Drenska K.**, A.Kaprelyan, A. Tzoukeva, R. Georgiev. Simultaneous disc herniation in patients with multiple sclerosis. *J of IMAB*, 2013, (19): 399-401.
4. **Дренска К.**, А. Цукева, А. Капрелян, И. Димитров, Р. Георгиев, Т. Дренски. Случай на Множествена склероза и сирингомиелия. *Topmedica*, 2015, 4: 10-12.

Участия в научни форуми с публикувани резюмета

- 1. Drenska K., A. Kaprelyan, A. Tzoukeva, R. Georgiev, I. Todorov.** Simultaneous disc herniation in patients with multiple sclerosis. 22-nd Annual assembly of IMAB Infections and Cancer, Varna, 3-6 may 2012.
- 2. Дренска К., Ал. Цукева, А. Капрелян, И. Димитров, Р. Георгиева** Случай на множествена склероза и сирингомиелия. Сп. Българска неврология, София, 2013; 14(2), 86.
- 3. К. Дренска, Ал. Цукева, Ив. Димитров, А. Капрелян.** Честота на коморбидните гастроентерологични заболявания при пациенти с множествена склероза в района на Североизточна България. Сп. Българска Неврология, 2015, (16) бр.1, доп.1:80-81.

*Представените научни съобщения впоследствие са публикувани в пълен текст в периодични списания.